

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA**

ANA PAULA CAPPELLARI

**ATENÇÃO PRIMÁRIA NO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE: ANALISANDO
EFEITOS DO PROGRAMA PREVINE BRASIL EM MUNICÍPIOS GAÚCHOS**

PORTO ALEGRE

2023

ANA PAULA CAPPELLARI

**ATENÇÃO PRIMÁRIA NO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE: ANALISANDO
EFEITOS DO PROGRAMA PREVINE BRASIL EM MUNICÍPIOS GAÚCHOS**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Linha de Pesquisa: Políticas, planejamento, gestão e avaliação em saúde.

PORTO ALEGRE
2023

CIP - Catalogação na Publicação

Cappellari, Ana Paula
ATENÇÃO PRIMÁRIA NO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE:
ANALISANDO EFEITOS DO PROGRAMA PREVINE BRASIL EM
MUNICÍPIOS GAÚCHOS / Ana Paula Cappellari. -- 2023.
263 f.
Orientador: Alcindo Antônio Ferla.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,
2023.

1. Política Nacional da Atenção Básica. 2.
Financiamento da Atenção Primária em Saúde. 3.
Programa Previne Brasil. I. Ferla, Alcindo Antônio,
orient. II. Título.

ANA PAULA CAPPELLARI

ATENÇÃO PRIMÁRIA NO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE: ANALISANDO
EFEITOS DO PROGRAMA PREVINE BRASIL EM MUNICÍPIOS GAÚCHOS

Dissertação submetida ao Programa de Pós
Graduação em Saúde Coletiva, Universidade
Federal do Rio Grande do Sul como requisito
parcial para obtenção de título em mestre em
Saúde Coletiva, modalidade acadêmica.

Orientador: Profº Dr. Alcindo Antônio Ferla

Porto Alegre, 16 de Janeiro de 2023

BANCA EXAMINADORA:

Professor Dr Heider Aurélio Pinto

Universidade Federal da Bahia-UFBA

Professor Dr^a Lisiane Boer Possa

Universidade Federal de Santa Maria-UFSM

Professor Dr^a Aline Blaya Martins

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Dedico este trabalho aos meus professores, meus pais, meu filho, irmãos, cunhados e amigos que sempre me incentivaram.

AGRADECIMENTOS

Ao meu pai, Tranquilo, que já não está mais presencialmente entre nós, mas preenche meu coração de amor e saudade todos os dias. A minha mãe Marilê pelo incentivo, apoio, amor, carinho e disponibilidade para auxiliar no cuidado e educação do meu filho Davi.

Ao meu filho Davi, pelo amor incondicional, pelo entendimento à minha ausência e pela parceria e conversas diárias que me inspiram e incentivam a ser uma mãe cada vez mais companheira e intensa.

À minha irmã Lize e cunhado Rafael pelo companheirismo e apoio incondicional ao meu crescimento profissional e na educação do meu filho Davi. Ao meu irmão Paulo, minha cunhada Cristiane e sobrinha Eduarda pelo carinho, atenção e companheirismo.

Aos meus amigos(as) que entenderam quando estive afastada e mesmo distante, contribuíram para a realização desta dissertação. Especialmente aos meus colegas do COSEMS RS que me inspiram e ensinam todos os dias a lutar por um SUS de qualidade e pensar no coletivo.

Ao meu querido orientador Alcindo, que tenho tanto orgulho e me faz sentir tão honrada em poder estar próxima, além de me inspirar na luta do fortalecimento de um sistema de saúde justo e de acesso para todos. Obrigada por acreditar no meu potencial, proporcionar vivências inesquecíveis e estimular o enfrentamento de desafios e possibilidades dessa caminhada.

E, enfim a todas as pessoas que acreditam no Sistema Único de Saúde e resistem a todos os golpes que temos vivenciado nos últimos tempos. O SUS é nosso, não é mercadoria e não será destruído enquanto pessoas que acreditam nele estiverem lutando para que se mantenha firme e forte como a maior política pública desse país.

“A gente tem que acreditar na nossa capacidade de criatividade, na nossa capacidade de análise, de formulação de políticas e de ações, capacidade de diálogo com outros setores e com a população. Os sanitaristas brasileiros têm dado demonstrações disso e espero que a gente continue cumprindo o nosso papel desse jeito, porque a luta continua!”

(Paulo Buss)

(Reflexão aos estudantes de Saúde Coletiva, no vídeo da Carta dos Sanitaristas, 2012. Disponível em <https://youtu.be/KkVblmrnTDA>)

RESUMO

Introdução: O Programa Previne Brasil, que trata da nova metodologia de financiamento da Atenção Primária em Saúde (APS), tem sido pauta de destaque em se tratando do Sistema Único de Saúde (SUS).

Objetivo: Essa pesquisa, tem como objetivo principal compreender o efeito da mudança do marco legal no financiamento da Atenção Primária em Saúde e analisar os impactos do novo modelo de financiamento na organização da atenção básica e na saúde da população.

Metodologia: A metodologia utilizada foi a pesquisa exploratória, descritiva e mista, do tipo estudo de casos múltiplos. Foram explorados dados secundários relacionados a duas regiões de saúde do Rio Grande do Sul. Os dados foram comparados entre as duas regiões e proporcionaram uma análise de como tem acontecido a implementação do Programa Previne Brasil.

Resultados e discussão: Como potencialidades destacam-se a instituição do monitoramento e avaliação, um aumento de equipes na APS e conseqüentemente um maior número de cadastros, assim como um melhor acesso a relatórios disponibilizados nos sistemas de informação que facilitam o monitoramento. Porém, os desafios como orçamento insuficiente, dificuldades de entendimento em relação ao uso dos recursos pelos gestores, organização de processos de trabalho das equipes, tensionamentos entre gestão e equipes, entre outros dificultam o alcance dos objetivos do Programa Previne Brasil. A implementação do Programa passou por muitas prorrogações em função da pandemia e da organização das equipes, que demonstram preocupação com o modelo de atenção à saúde, que tem se afastado da promoção e prevenção à saúde proporcionando espaço à produtividade exacerbada dificultando as ações da estratégia da saúde da família. A dificuldade de implementação também é marcador avaliativo do processo de formulação e negociação, que se mostrou deficiente.

Aplicabilidade no campo da Saúde Coletiva: A pesquisa realizada pode ser aplicada em outras regiões e municípios do Brasil e pode auxiliar os gestores na tomada de decisão pois apresenta dados importantes sobre o financiamento da Atenção Primária em Saúde.

Considerações finais: A dificuldade de implementação também é marcador avaliativo do processo de formulação e negociação, que se mostrou deficiente.

Palavras-chave: Financiamento. Atenção Primária em Saúde. Previne Brasil.

ABSTRACT

Introduction: The Previne Brasil Program, which deals with the new methodology for financing Primary Health Care (PHC), has been a prominent agenda in the case of the Unified Health System (SUS).

Objectives: This research has as main objective to understand the effect of the change in the legal framework of the financing of Primary Health Care and to analyze the impacts on resources and on the health of the population, of this new financing model.

Methodology: The methodology used was exploratory, quantitative and descriptive qualitative research. Secondary data related to two health regions in Rio Grande do Sul were explored. The data were compared between the two regions and provided an analysis of the implementation of the Previne Brasil Program.

Results and discussion: As potentialities, we highlight the institution of monitoring and evaluation, an increase in teams in the PHC and consequently a greater number of registrations, as well as better access to reports made available in the information systems that facilitate monitoring. However, challenges such as insufficient budget, difficulties in understanding the use of resources by managers, organization of team work processes, tensions between management and teams, among others, make it difficult to achieve the objectives of the Previne Brasil Program. The Program went through many extensions due to the pandemic and the organization of teams that show concern with the health care model, which has moved away from health promotion and prevention, providing space for exacerbated productivity, hindering the actions of the family healthstrategy.

Applicability in the field of Public Health: The research carried out can be applied in other regions and municipalities in Brazil and can help managers in decision-making as it presents important data on the financing of Primary Health Care.

Final considerations: The difficulty of implementation is also an evaluative marker of the formulation and negotiation process, which proved to be deficient.

Keywords: Financing. Primary Health Care. Previne Brasil

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB Atenção Básica

ABRASCO Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ABRES Associação Brasileira de Economia da Saúde

AMPASA Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde

APS Atenção Primária em Saúde

CEBES Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CIB Comissão Intergestores Bipartite

CIT Comissão Intergestores Tripartite

CNBB Conferência Nacional dos Bispos do Brasil

CNS Conselho Nacional de Saúde

CONASS Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASEMS Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

COSEMS Conselho das Secretarias Municipais de Saúde

EC Emenda Constitucional

ESF Estratégia da Saúde da Família

FNS Fundo Nacional de Saúde

IDHM Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

MRSB Movimento da Reforma Sanitária Brasileira

MS Ministério da Saúde

NOB Norma Operacional Básica

NOBs Normas Operacionais Básicas

PAB Piso de Atenção Básica

PACS Programa dos Agentes Comunitários de Saúde

PEC Proposta de Emenda Constitucional

PRI Planejamento Regional Integrado

PSF Programa de Saúde da Família

PMAQ-AB Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da
Atenção Básica

PNAB Política Nacional de Atenção Básica

RS Rio Grande do Sul

RAS Redes de Atenção à Saúde

SCNES Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

UFRGS Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Sumário

1. Financiamento da saúde pública no Brasil: análise necessária para o fortalecimento da Atenção Primária em Saúde municipal	12
1.1. Introdução	12
1.2 Implementação do SUS e a atenção básica/primária:	14
1.3 Previne-Brasil: nova agenda e novos percursos	34
2. Percurso Metodológico	45
3. Uma imersão na Fronteira das Missões e na Serra Gaúcha: história, localização geográfica, população e características de suas populações:	48
3.1. Histórico	51
3.2 Perfil Sociodemográfico	52
3.3 A Importância dos Determinantes e Condicionantes do Processo Saúde-Doença.	66
3.4 Perfil de Condições Ambientais	69
3.5 Perfil de Indicadores Sociais	76
3.6 Estatísticas Vitais por Região:	86
4. Análise da Capacidade Instalada da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e dos Incentivos Financeiros	90
4.1 Capacidade Instalada da Rede de Atenção à Saúde (RAS) das Regiões 14-Fronteira Noroeste e 25-Vinhedos e Basalto:	93
REFERÊNCIAS	105
ANEXO A — Tabela de Portarias Relacionadas ao Financiamento da APS (PAB e Previne Brasil)	111

1. Financiamento da saúde pública no Brasil: análise necessária para o fortalecimento da Atenção Primária em Saúde municipal

1.1. Introdução

Um dos assuntos em destaque na pauta hoje, em se tratando de Sistema Único de Saúde (SUS), é, com toda certeza, a temática do “novo modelo” de financiamento da Atenção Primária em Saúde¹(APS), apresentado pelo Ministério da Saúde (MS) em novembro de 2019. O chamado Programa Previne Brasil tem inquietado gestores municipais e estaduais, pesquisadores e a sociedade civil, que anseiam pela consolidação do Sistema Único de Saúde ao longo dos mais de 30 anos de sua existência. Muitas são as dúvidas sobre o impacto deste novo modelo de repasse de recursos destinados pelo governo federal aos municípios do Brasil e na organização local da atenção básica. As tensões representam o fato de que há uma descontinuidade perceptível e anunciada em relação ao movimento anterior da política.

Por isso, também cabe analisar as conexões com a temática da implementação da política pública de saúde brasileira, sobretudo em relação às descontinuidades entre a formulação da política, simbolizada pelos registros constitucionais e leis orgânicas da saúde, e as diferentes estratégias de implementação posterior do SUS. Na ciência política, o conceito de ciclo de políticas públicas foi desenvolvido há alguns anos e tem mobilizado um debate sobre a capacidade pedagógica e operacional das iniciativas do poder público. Aqui não nos interessa um grande aprofundamento sobre ele, apenas o fato de

¹ Neste artigo, optamos por considerar as nomeações Atenção Primária em Saúde (APS) e Atenção Básica (AB), como tendo sentidos equivalentes, mesmo que sua conceituação tenha diferentes origens históricas e epistemológicas. O debate central da dissertação, entretanto, não se dá sobre essas diferenças. A Atenção Primária em Saúde ganhou relevância mundial a partir da Conferência de Alma Ata com papel de estruturação das redes de atenção à saúde (STARFIELD, 2004; PAIM et al 2011). No Brasil a APS assumiu características diferenciadas e passou a ser construída a partir da nomenclatura de Atenção Básica (AB) ganhando destaque a partir dos anos 90 com a estruturação dos Programas de Agentes Comunitários de Família (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF). Na revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) a terminologia APS já começa ter mais destaque do que a AB e os dois termos já são utilizados como equivalentes. (Brasil, 2017; PAIM et al., 2011; TANAKA; RIBEIRO, 2009; SOUSA, 2007; CAVALCANTI et al.,2016).

que destaca a fase de implementação como uma etapa com relativa autonomia em relação às etapas anteriores. Os atores, as coalizões e as ideias voltam à cena e disputam vigência na fase de implementação, essa é a ideia que interessa destacar aqui.

A discussão sobre o processo de implementação de políticas públicas é necessária, em especial para avaliarmos o alcance dos objetivos das mesmas. A formulação de uma política, com sua consolidação em instrumentos formais, como leis, decretos e portarias, é uma etapa que não necessariamente determina o rumo da implementação. Há uma relativa autonomia na implementação, em que os atores voltam à cena e buscam interferir com seus interesses e ideias na configuração de caminhos que podem levar, inclusive, para bem distante do conteúdo original da política. É preciso compreender que a implantação de uma política pública exige, além de recursos financeiros e iniciativa governamental, o interesse por parte de grupos sociais que são operadores da política no cotidiano e aqueles que serão beneficiados por tal política. Não existe uma única definição para o que seja Política Pública. Trata-se de reconhecer que na análise das políticas públicas à que se responder a clássica questão de Laswell (1936): quem ganha o quê, por que e que diferença faz. (SOUZA, 2006, p. 24).

A convergência de todos os interesses desses grupos, além da viabilidade política, são pontos significativos para o sucesso da implementação (MENICUCCI, 2009). No caso brasileiro, também é preciso considerar as grandes discontinuidades que se verificam, com frequentes mudanças na gestão federal, estadual e municipal. Ou seja, o estágio de amadurecimento da democracia institucional também interfere na implementação de uma política. Dessa forma, o acompanhamento da implementação de uma política pode fazer emergir condições, ideias e atores em posições de interferência que geram cenários diversos daqueles que permitiram a formulação da mesma. Na implementação, interferem os acúmulos anteriores, os jogos de poder e habilidades sociais que se estabelecem ao longo do tempo.

1.2 Implementação do SUS e a atenção básica/primária:

Não há como analisar o novo modelo de financiamento da APS, Programa Previne Brasil, sem antes lembrarmos um pouco da história do SUS, considerado mundialmente um sistema de saúde modelo, que garante saúde a toda a população brasileira, através dos seus princípios de universalidade e equidade. Inspirado na participação social, na democracia e em valores como a igualdade e a cidadania teve início em ideais do processo da Reforma Sanitária culminando, após a VIII Conferência Nacional de Saúde, na sua criação através da Constituição cidadã de 1988 passando então, a aparecer em leis orgânicas, normas técnicas e administrativas e se desdobrando em políticas públicas específicas de suma importância para a saúde da população brasileira.

“O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) que lhe sustenta é composto por entidades com mais de quatro décadas de história e de compromisso com a defesa do direito universal à saúde, a exemplo do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). Conta com o apoio de outras organizações como a Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres), a Rede-Unida, os conselhos de saúde (nacional, estaduais e municipais), a Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde (Ampasa), a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), o movimento popular de saúde, entre outras. (PAIM, 2018, p. 1724)

Paim (2018), como se verifica na citação, aponta uma forte rede interinstitucional que configura o “movimento” que foi mobilizado para a formulação da política pública de saúde no Brasil, ou seja, o SUS. Mas o autor também aponta uma forte potência de renovação de ideias e produção de tecnologias para atualizar e fortalecer o SUS, como se verifica a seguir.

O SUS dispõe de uma rede de instituições de ensino e pesquisa como universidades, institutos e escolas de saúde pública que interage com as secretarias estaduais e municipais, Ministério da Saúde, agências e fundações. Essa rede contribui para a sustentabilidade institucional, pois possibilita que um conjunto de pessoas adquiram conhecimentos, habilidades e valores vinculados aos princípios e diretrizes do SUS. Muitas dessas pessoas sustentam o SUS, mesmo em conjunturas difíceis, tornando-se militantes de sua defesa. A formação de sanitaristas e de outros trabalhadores em universidades e escolas assegura a reprodução e disseminação de

informações e conhecimentos, além da apropriação de poder técnico” (PAIM, 2018).

Como se verifica, não é apenas uma condição institucional que dá base às ideias e diretrizes do SUS. Há um conjunto de iniciativas de produção de cultura que mantem uma certa vitalidade, tanto no que se refere aos fazeres no interior de sistemas e serviços de saúde, quanto na renovação de ideias, de produção de conhecimentos e tecnologias. Sem pretender avançar teoricamente no campo da análise institucional, essa afirmação de Jairnilson Paim nos permite visualizar um componente instituído, com ideias e instituições na base, e um componente instituinte, com um arranjo de produção de ideias, conhecimentos, tecnologias e culturas fortemente embasado no processo de reformas que foram introduzidas no sistema de saúde brasileiro pela Constituição Federal.

O surgimento do SUS e sua implementação trouxeram à cena, concomitantemente, os conceitos de condições de bem-estar social e proteção social que estavam em pauta a nível mundial nesse período. O *Welfare State*, expressão utilizada pelos ingleses para designar o Estado de Bem-estar, surge no século XX e na área das políticas sociais enfatiza a necessidade pela emergência das políticas estatais de proteção social. Porém, segundo Andersen:

o *welfare state* não pode ser compreendido apenas em termos de direitos e garantias. Também precisamos considerar de que forma as atividades estatais se entrelaçam com o papel do mercado e da família em termos de provisão social (1991).

O conceito de um estado forte, provedor de condições de bem-estar social à população, por meio da oferta de políticas e ações de inclusão e equalização das diferenças derivadas das capacidades de produzir e consumir das pessoas, não é um efeito transcendente, segundo o autor, mas uma construção social e histórica, que depende de ações concretas de mediação entre os interesses das pessoas e das instituições. Essa é uma diferença importante na implementação desse conceito nos diferentes países e as variações com que alcançou resultados estão associados ao grau de maturidade das democracias, sobretudo da autonomia e da consistência das instituições para a defesa dos direitos de pessoas e coletividades e das liberdades democráticas dos indivíduos e das coletividades.

Segundo Amélia Cohn (2009), existem três modelos de sistema de proteção social que envolvem a participação do estado, da sociedade e do mercado. O modelo de bem-estar social está ligado ao fato do Estado se configurar como o principal provedor e produtor de serviços sociais, chamado também de modelo universal distributivista. Esses modelos prevaleceram na Suécia, Dinamarca e Inglaterra e possuem o financiamento das políticas públicas advindo de impostos que recaem sobre os ganhos dos indivíduos. O segundo modelo seria o meritocrático_corporativista que se apresenta no caso brasileiro anterior ao SUS, em que a extensão dos direitos e dos serviços sociais se dá a partir da situação dos indivíduos em relação ao mercado de trabalho. Já o terceiro modelo, típico dos Estados Unidos, é chamado de residual e o estado se ocupa somente dos segmentos sociais mais pobres que precisam comprovar seu estado de carência. O que se observa hoje é que estes modelos não se verificam de forma pura nas sociedades e sim combinados e misturados em relação à participação do estado, mercado e sociedade em relação a implantação das políticas públicas e de ação social (COHN, 2009). Essa condição é particularmente visível nos últimos anos, em que a expansão de crises econômicas e de governos mais sensíveis às oscilações da economia do que na qualidade da vida dos cidadãos têm realizado ajustes nas políticas sociais, com restrição de recursos para as políticas públicas. No caso brasileiro, essa lógica é bem representada pela Emenda Constitucional nº 95, que restringe recursos, como se verá adiante. Esse movimento foi compartilhado com outros países, num ciclo de predomínio de ideias neoliberais em diversos países (GIOVANELLA; STEGMULLER, 2014).

Em sentido diverso dessa tendência mais recente, a Constituição Federal de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde através do Artigo 196 que diz: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Estabelece ainda, que as ações e os serviços de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada de acordo com as diretrizes de descentralização, integralidade e participação social, sendo, para isso,

financiada com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos estados e dos municípios, além de outras fontes. (BRASIL, 1988).

A partir das Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080/90, que define as diretrizes do SUS, e a nº 8.142/90, que dispõem sobre a participação do fornecimento de recursos entre União, Estados e municípios, o SUS começou a tomar corpo e se desenvolver como sistema de saúde oficial do país (BRASIL,1990). O artigo 194 da Constituição estabelece que compete ao poder público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base em alguns objetivos. Dentre eles a universalidade da cobertura e do atendimento e a uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais (BRASIL,1988).

Ao mesmo tempo em que ocorreu a publicação da Constituição Federal de 1988 e posteriormente as Leis 8.080 e 8.142/90, vários movimentos sociais aconteciam em paralelo em busca de melhorias ao acesso a saúde das populações urbanas mais empobrecidas e populações localizadas em zonas rurais que apresentavam maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde que se concentravam nas áreas mais centrais dos municípios.

Segundo Lavor (2010), entre 1974 e 1978 aconteceu uma experiência com supervisão da Universidade de Brasília, na cidade Satélite de Planaltina, que possuía uma grande área rural. A ação estava centralizada em auxiliares de saúde capacitados para realização de atividades com as famílias em conjunto com médicos e enfermeiros centralizadas em crianças e suas mães que passaram a frequentar regularmente os serviços de pré-natal e puericultura diminuindo as internações pediátricas e a mortalidade infantil. No Ceará, em Jucás, a experiência foi adaptada para as condições do sertão, agora com a contratação de seis mil mulheres em condições de pobreza para atuarem com agentes de saúde entre os anos de 1979 e 1986. A queda da mortalidade infantil tornou aquela experiência emergencial em um programa permanente.

A partir dessas e outras experiências similares como por exemplo a da Saúde Comunitária das Residências de medicina de Família do Grupo Hospitalar Conceição e Murialdo em Porto Alegre contribuíram para a constituição do Programa de Agentes Comunitários de Saúde no ano de 1991.

Ao levar as mães para os serviços de pré-natal e de puericultura, vacinar as crianças e estimular o aleitamento materno, a higiene e o uso de soro oral, o Agente Comunitário de Saúde (ACS), fez cair em todo o Brasil, a mortalidade infantil após a primeira semana de vida. Assim, cresceu o planejamento familiar, e muitos leitos pediátricos dos hospitais foram transformados para o atendimento aos adultos. Foram essenciais para esse sucesso o fortalecimento da democracia, a vitória sobre a inflação, a previdência rural, a elevação do salário mínimo, o aumento da escolarização e a própria Estratégia da Saúde da Família algum tempo depois. (LAVOR,2010 p. 18)

O Programa de Saúde da Família nasce em 1993, fundamentado nas experiências municipais como as já citadas anteriormente e como uma proposta ousada de reestruturação e de reorientação do modelo assistencial vigente, preponderantemente biomédico, para um modelo de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde e teve como objetivo estratégico qualificar e consolidar a Atenção Primária em Saúde (APS) (BRASIL, 1994).

Inicialmente foi financiado por transferências convencionais de recursos e posteriormente passou pela modalidade de produção, inserido na tabela SAI-SUS. Só mais tarde iniciou-se a revisão da modalidade de financiamento sendo que nesse momento o PSF já estava ligado à Secretaria de Atenção à Saúde. A Saúde da Família tornou-se então uma política de estado e um dos pilares de sustentação do SUS. (MS, 2010). Para além dessas experiências havia também uma certa indignação pela precariedade de acesso aos serviços de saúde e o baixo quantitativo de profissionais médicos nos municípios do país. Após fevereiro de 1998 passaram a valer as novas regras ditadas pela nova NOB, iniciando-se assim a era do Piso da Atenção Básica (PAB).

Segundo Girade (2010), era necessário abrigar o Programa Saúde da Família em alguma estrutura no organograma do Ministério da Saúde e que esse fosse um lugar de apoio inquestionável, sendo que em 1994 a FUNASA informou que o Programa ficaria sob sua responsabilidade.

Havia uma grande expectativa que a partir do PSF os serviços pudessem se organizar em uma lógica diferente, com responsabilidade territorial, com profissionais de saúde focados na atenção das pessoas, nas famílias e comunidades com construção de vínculos e corresponsabilização do cuidado.

Era importante não caracterizar o PSF como uma proposta de pobre para pobre, restrita a áreas mais carentes e como uma proposta viável somente para pequenos municípios. Lamentavelmente a conjuntura do período condicionou os escassos recursos disponíveis a implantação do PSF em municípios inseridos no então mapa da fome (Souza 2010 pg 32).

Ainda existia uma última barreira que era a afirmação de que o PSF não daria certo em capitais e municípios maiores. Mas a saúde da família não estava pautada em uma política de pobres para pobres. Ela deveria ser o ponto de contato principal entre a população e o sistema de saúde, sendo a coordenadora do cuidado e promovendo a longitudinalidade e a continuidade da atenção á saúde das pessoas com capacidade de responder às demandas dos usuários que chegam à unidades de Saúde sejam eles de municípios menores ou não, de zonas rurais ou urbanas (Sampaio, 2010).

A Estratégia da Saúde da Família, como política de reordenamento da atenção básica no Brasil, a partir de 2003, buscava cumprir os princípios da APS como, ser o primeiro contato da população às ações e serviços de saúde, possibilitar assistência longitudinal e contínua a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, efetivar a integralidade em seus vários aspectos, assim como, coordenar os usuários na rede de serviços (MENDONÇA, 2010).

A linha do tempo a seguir apresenta o histórico de cobertura das equipes de estratégia da saúde da família, equipes de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e população atendida no período de 1994 até agosto de 2021.

Figura 1: Linha do Tempo da ESF



Linha do Tempo da ESF



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do SISAB - 2022

A linha do tempo apresentada demonstra um crescimento do número de equipes de Estratégia de Saúde da Família ao longo do tempo em especial no último ano que provavelmente, tem relação com o Programa Previne Brasil que condiciona os recursos pagos aos municípios ao número de pessoas vinculadas e cadastradas nas equipes de saúde da família e equipes de Atenção Primária (a partir de setembro de 2021 passaram a contabilizar também as pessoas vinculadas as equipes de consultório na rua, equipes de saúde de pessoas privadas de liberdade e equipes de saúde da família ribeirinhas). Porém, o Programa Mais Médicos demonstra um impulsionamento ainda maior na adesão a estratégia de Saúde da Família ao analisarmos o quantitativo de equipes entre os anos de 2012 a 2014.

No ano de 2020 houve uma diminuição das eSFs em relação ao ano de 2019, provavelmente relacionadas às equipes transitórias que possibilitavam 3 médicos de 20 horas na carga horária dessas equipes e que até meados de 2020 os municípios necessitariam realizar as adequações (BRASIL, 2020). Um outro motivo para essa variação em 2020 também pode estar relacionado com as suspensões de equipes que não estariam adequadas às exigências de composição das equipes determinadas pela Portaria 60/2020 e até mesmo a possibilidade de arranjos de equipes de Atenção Primária (eAP) que possibilitam flexibilizações nas cargas horárias entre 20 e 30 horas, sendo sua composição mínima de profissionais médicos e enfermeiros.

O mesmo crescimento acontece com as equipes de saúde bucal, porém os Agentes Comunitários de Saúde apresentam certa diminuição nos últimos anos e esse é um dado que necessita ser estudado e avaliado, porém a revisão da Política Nacional de Atenção Básica de 2017 possibilita a presença de um único ACS nas eSFs o que possibilitou que muitos municípios diminuíssem o número de ACS em suas equipes.

Como uma de suas principais missões, a ESF tem o papel fundamental de servir como principal porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS) e via de acesso para o cumprimento efetivo de suas diretrizes básicas: a universalidade, a integralidade e a equidade, por meio de uma escuta qualificada definida como acolhimento (VELLOSO, 2012).

A necessidade de construir uma nova maneira de produzir Saúde em uma ampla rede de serviços públicos que procurasse enfrentar o tema do

acolhimento dos usuários nos estabelecimentos de Saúde, tentando construir um agir cumpliciado do trabalhador com a vida individual e coletiva, estimulou um conjunto de reflexões teóricas que nos permitiram constituir um modo competente de realizar a mudança de um modelo de atenção corporativo centrado para um usuário centrado (MERHY, 1998). Dessa forma, não bastaria ser o principal ponto de acesso ao sistema, mas também ter uma resolutividade ampliada e gerenciar o fluxo dos usuários pelos serviços especializados.

Segundo Paim (1994), análises mais abrangentes da situação de saúde, possibilitaram conduzir propostas de reorganização dos serviços, despontando assim, um processo de transição para um novo modelo assistencial, no qual a oferta organizada de serviços viesse a suplantar as ações dirigidas ao atendimento da chamada demanda espontânea, bem como as ações realizadas a partir da implantação dos chamados programas especiais, dirigidos a grupo populacionais específicos. A organização da oferta programada seria o espaço de articulação do enfoque epidemiológico, na medida em que a programação e execução das ações e serviços deveria partir da identificação dos problemas e necessidades da população em territórios delimitados, a exemplo do que vinha ocorrendo em vários Distritos Sanitários em processo de implantação. A atenção centrada na atenção básica passa a incorporar não apenas a capacidade de responder à equação queixa-resposta, mas assume uma inteligência sanitária sobre o território, planejando e executando também ações coletivas.

Enquanto a ESF se estruturava no país, no ano 2.000 surge a Emenda Constitucional nº 29 (EC 29) que assegurou a participação das três esferas de governo no financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde, a partir da definição de um aporte anual mínimo de recursos. De fato, o financiamento com fontes estáveis e suficientes é um tema e um desafio que acompanham a viabilidade na implementação do SUS desde suas origens. Com a Constituição brasileira de 1988, foi universalizado o acesso à saúde à toda a população, com as mesmas bases de financiamento das antigas ações de saúde pública, universais, e da medicina da força de trabalho, voltada para os trabalhadores do mercado formal e “contribuintes” ao orçamento da previdência social. Essa condição de déficit inicial de financiamento foi objeto de várias tentativas de ajuste ao longo dos anos. A partir da Emenda Constitucional 29, ficou definido

que a União corrigiria anualmente o orçamento federal destinado à saúde pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Os estados ficaram obrigados a alocar, na função saúde, um percentual mínimo da receita líquida de impostos e transferências constitucionais e legais estabelecido em 12%. Os municípios assumiram a responsabilidade de utilizar pelo menos 15% das suas receitas líquidas em saúde. O percentual mínimo a ser aplicado seria de 7% para esses entes da federação. (IPEA, 2005; RIBEIRO; PIOLA; SERVO, 2007; CONASS, 2007).

Aparentemente, a vinculação de recursos da Emenda Constitucional nº 29 garantiu um mínimo de estabilidade no financiamento da saúde e, pode-se dizer, trouxe aumento, sobretudo a partir de 2004, no aporte de recursos por parte da União. De qualquer forma, o maior aumento de recursos para o SUS, como decorrência da EC 29, veio da ampliação da participação de estados e municípios no financiamento do SUS” (MENDES et al, 2016).

O Conselho Nacional de Saúde também vislumbrava na EC 29 como um importante avanço para diminuir a instabilidade do financiamento considerando uma grande vitória da sociedade a vinculação orçamentária dos recursos da APS. (CMS, 2005)

Apesar dos dispositivos legais até aqui citados, os recursos financeiros destinados ao SUS sempre foram insuficientes para assegurar e regular as demandas e expansão da cobertura. Sobretudo pelo fato de que, nos estados e municípios, o orçamento depende de fontes fiscais, que estão concentradas na União e, as contribuições específicas do Orçamento da Seguridade Social são arrecadadas exclusivamente pela União. Ou seja, o modelo de descentralização da execução do sistema de saúde se opõe ao modelo de centralização da arrecadação. O modelo de financiamento para o SUS nesse período visava contemplar o processo de descentralização e autonomia dos municípios em relação a oferta de ações e serviços de forma territorializada. Dessa forma, com o objetivo de disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e dos serviços de saúde, editam-se, no período de 1991 a 1996 as Normas Operacionais Básicas (NOB) sendo as mais relevantes para o financiamento da saúde, a NOB 01/93 e a NOB 01/96, sendo esta última de suma importância para o financiamento da atenção básica (AB) (BARBOSA et al, 2016).

“Ficaram estabelecidos, a partir dessa NOB, dois tipos de gestão municipal. Os municípios com gestão plena da AB, os quais ficam responsáveis pela oferta das especialidades básicas, pela gestão das unidades básicas de saúde e pelas ações de vigilância sanitária e epidemiológica. O município passa a receber integralmente os recursos destinados à AB e tem autonomia para aplicá-los. E os municípios com gestão plena do sistema de saúde, os quais, além das ações de AB, têm autonomia de gestão dos serviços de média e alta complexidade” (BARBOSA et al, 2016).

A NOB 01/96 priorizava a alteração do modelo de atenção, pois, particularmente, determinava o incentivo ao Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e ao Programa Saúde da Família (PSF), considerados, pelo MS, estratégias prioritárias para o fortalecimento da AB, segundo os princípios e diretrizes do SUS (BARBOSA et al, 2016). A nova lógica de repasse determinava então, mecanismos de transferências de recursos com base populacional, considerando que a responsabilidade do sistema municipal de saúde para as ações de menor densidade tecnológica se expandia para toda sua população, conforme a diretriz de universalidade de acesso da Constituição Federal. Essa nova lógica introduziu o repasse com base na fixação de um valor fixo per capita para a cobertura de ações básicas de saúde, repasse este previsto na referida NOB e implementado a partir de 1998 pelos municípios brasileiros, o chamado PAB Fixo (BRASIL, 1999; 2002). Analisando financiamento do SUS ao longo da história percebe-se uma distorção em relação a descentralização e autonomia dos municípios quando o bloco de financiamento da Atenção Básica no componente PAB fixo, que acaba por amarrar cada vez mais os municípios aos programas e ações específicos do governo federal, deixando de contemplar as diferentes e específicas necessidades existentes nos municípios. Desse modo, é possível afirmar que a noção da eficiência econômica prevalece sobre a da equidade, quando se refere à base da metodologia de alocação dos recursos federais no interior do SUS (MENDES; MARQUES 2015). Uma eficiência bastante frágil, uma vez que é evidente a enorme diversidade territorial, econômica e social no território brasileiro, sobretudo nas regiões com maior dispersão populacional e dificuldade de mobilidade.

No ano de 2012, foi então, instituído o Piso da Atenção Básica composto por dois componentes: um componente fixo cujo valor chegou a uma variação

entre R\$23,00 e R\$ 28,00 reais per capita/ano dependendo das características socioeconômicas dos municípios; e o outro componente variável referente a programas e ações do Ministério da Saúde em que o repasse do recurso estava atrelado a adesão do município ao respectivo programa de saúde. Como exemplo podemos citar o PMAQ, NASF, Saúde Bucal, Academia de Saúde entre outros.

A partir desse momento, os gestores municipais passam então a defender a qualificação da Atenção Básica para que ela incorpore o papel de coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços de Saúde. (CONASEMS, 2011). Assim, a Atenção Básica no país começa a tomar corpo e surge em 2006 a primeira versão da Política Nacional de Atenção Básica, que traz como um de seus princípios básicos a territorialização da saúde que representa importante instrumento de organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, posto que as ações de saúde são implementadas sobre uma base territorial detentora de uma delimitação espacial previamente determinada (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Assim, o vínculo da equipe da saúde da família com a população adscrita é facilitado, significando que os profissionais dessa equipe e a unidade de saúde são a referência para o usuário. Porém alguns aspectos importantes como infraestrutura, fixação de profissionais médicos nas equipes, resistência ao modelo assistencial, o subfinanciamento e a informatização das unidades básicas ainda persistem como problemas, apesar da grande expansão das eSF, eSB, eAP e Agentes Comunitários de Saúde.

No ano de 2011 acontece a primeira revisão da Política Nacional da Atenção Básica e alguns programas relacionados aos problemas citados anteriormente são implantados pelo Ministério da Saúde em consequência dessas alterações na PNAB, como por exemplo o Programa Mais Médicos (PMM), Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), o Programa de Melhoria de Acesso a Qualidade (PMAQ), a criação do Piso salarial dos ACS e ACE, entre outros, além da reafirmação da territorialização e dos princípios organizacionais da Atenção Básica e o fortalecimento dela como porta de entrada do sistema de saúde, organizadora da rede de atenção à saúde e a coordenação do cuidado.

A Portaria 3.992, de 28 de dezembro de 2017, alterou a Portaria de Consolidação 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que trata das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.

A Portaria de Consolidação nº 6 havia incorporado o texto da Portaria 204/2007 em que as transferências dos recursos federais para as Ações e Serviços Públicos em Saúde (ASPS) ocorriam em seis blocos financeiros (Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Atenção Básica, Bloco da Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Bloco de Investimento). Todos esses blocos em contas individuais. A partir da Portaria 2.992/2017 passam a existir dois blocos: o de Custeio e de investimentos. Mais recentemente foi publicada a Portaria 828/2020 que altera novamente a Portaria de Consolidação nº 6/2017/GM/MS, para dispor sobre os Grupos de Identificação Transferências federais de recursos da saúde, agora denominados Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde; e Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde.

Em 2017 a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) passa por uma nova revisão e o Ministério da Saúde define a Atenção Básica como o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017). A PNAB ainda refere que:

“A Atenção Básica é ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde e tem na saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. Contudo reconhece outras estratégias de organização da Atenção Básica nos territórios, que devem seguir os princípios e diretrizes da Atenção Básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades loco regionais, ressaltando a dinamicidade do território e a existência de populações específicas, itinerantes e dispersas, que também são de responsabilidade da equipe enquanto estiverem no território, em consonância com a política de promoção

da equidade em saúde A Atenção Básica considera a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, incorporar as ações de vigilância em saúde - a qual constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde - além disso, visa o planejamento e a implementação de ações públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde (BRASIL, 2017)”.

O escopo da atenção básica e a sua construção epistêmica avançam ao longo das diferentes versões dos documentos oficiais para ideias mais claras e mais complexas, sobretudo no reconhecimento da diversidade local. Entretanto, as estratégias operacionais e, sobretudo, as definições sobre o financiamento são mais restritas, oscilam ao longo do tempo e tem um predomínio forte da lógica racionalizadora, o que constitui um paradoxo, na medida em que o ente federado que busca reduzir o gasto e ampliar a oferta de ações e sua resolutividade, é o ente que mais arrecada recursos fiscais e contribuições sociais, mas que não as desenvolve.

Quadro 1: Comparativo entre a Política Nacional de Atenção Básica nas versões de 2006, 2011 e 2017.

PORTARIAS		
PORTARIA Nº 648, DE 28 DE MARÇO DE 2006	PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011	PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017
EMENTAS		
Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
Princípios do SUS e Redes de Atenção a Saúde na Atenção Básica		
Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da	Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da	I - Princípios: a) Universalidade; b) Equidade; e c) Integralidade. II - Diretrizes: a) Regionalização e Hierarquização:

integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.	integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.	<ul style="list-style-type: none"> b) Territorialização; c) População Adscrita; d) Cuidado centrado na pessoa; e) Resolutividade; f) Longitudinalidade do cuidado; g) Coordenação do cuidado; h) Ordenação da rede; e i) Participação da comunidade.
---	---	---

ACS E ACE – INTEGRAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA E VIGILÂNCIA

Número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família;
 Supervisão de enfermeiro (1 para 30 ACS)
 Carga Horária de 40 horas semanais
 definição das microáreas sob responsabilidade de cada ACS, cuja população não deve ser superior a 750 pessoas
 o exercício da profissão de Agente Comunitário de Saúde regulamentado pela Lei nº 10.507/2002
 12 (doze) ACS por ESF
 Faz parte da equipe mínima
 ACS sem atribuições relacionadas à Vigilância.
ACE não é citado nessa versão da PNAB

É permitido ao ACS desenvolver outras atividades nas unidades básicas de saúde
 o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe;
 a existência de um enfermeiro para até no máximo 12 ACS e no mínimo 04, constituindo assim uma equipe de Agentes Comunitários de Saúde;
 Carga Horária de 40 horas semanais
 Faz parte da equipe mínima
 ACS deve realizar as ações previstas nesta portaria e ter uma microárea sob sua responsabilidade
 - ACE não compunha ESF/EAB;
 - Processo de trabalho e território diferentes;

ACE pode ser membro da ESF/EAB;
 Território único e planejamento integrado das ações;
 ACS obrigatório na ESF (quantidade a depender da necessidade e perfil epidemiológico local / em áreas de vulnerabilidade, 1 para máximo de 750 pessoas, cobrindo 100% da população) e facultativo na EAB;
 EACS com quantidade a depender da necessidade e perfil epidemiológico local;
 Incorpora as atribuições do ACE (Lei 11.350) e acrescenta atribuições comuns ACE e ACS;
 Amplia as atribuições dos ACS
 Coordenação do trabalho do ACS passa a ser responsabilidade de toda a equipe (nível superior);
 O ACS e o ACE devem compor uma equipe de Atenção Básica (eAB) ou uma equipe de Saúde da Família (eSF) e serem coordenados por profissionais de saúde de nível superior realizado de forma compartilhada entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde.
 Inseridas ações de integração da AB e Vigilância.

NASF-AB – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

Não aparece nesta Portaria

NASF = Núcleo de Apoio à Saúde da Família;
NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) podia se vincular apenas às eSF;
3 modalidades;
19 CBO podem compor os NASF;
Descrição do processo de trabalho do NASF;
Definia os valores de implantação e custeio;
Parâmetros de vinculação: NASF 1(5-9 ESF); NASF 2 (3-7 ESF).

NASF-AB = Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica;
MUDA NOMENCLATURA
NASF-AB pode se vincular às ESF e eAB;
3 modalidades;
19 CBO podem compor os NASF;
Descrição das competências do NASF-AB, Valores de implantação e custeio serão normatizados em portarias específicas;
Parâmetros de vinculação mantidos: NASF 1(5-9 ESF/EAB); NASF 2 (3-4 ESF/EAB).

Financiamento das equipes de AB

destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento do Piso da Atenção Básica – PAB fixo e variável
Os recursos do Teto Financeiro do Bloco Atenção Básica deverão ser utilizados para financiamento das ações de Atenção Básica descritas nos Planos de Saúde do município e do Distrito Federal.

Para fazer jus ao financiamento específico do PAB variável, o Distrito Federal e os municípios devem aderir às estratégias nacionais:

I - Saúde da Família (SF);

II - Agentes Comunitários de Saúde (ACS);

III - Saúde Bucal (SB);

Município podia compor da forma que lhe fosse conveniente, incluindo definição de composição e carga horária;
EAB não enviava produção de saúde.
Financiamento Tripartite
Os critérios de alocação dos recursos da AB deverão se ajustar conforme a regulamentação de transferência de recursos federais para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde no âmbito do SUS, respeitando especificidades locais, e critério definido na LC 141/2012.
Fica garantido o financiamento das equipes de agentes comunitários de saúde já credenciadas em data anterior a esta portaria que não estão adequadas ao parâmetro de 01 enfermeiro para no máximo 12 ACS, porém extinta a possibilidade de implantação de novas equipes com esta configuração a partir da publicação desta Portaria.

Recursos per capita;

EAB tem caráter transitório em direção à ESF;
Definida carga horária mínima semanal (40h) e composição das equipes (máximo 3 profissionais por categoria / CH mínima 10h)
O percentual de financiamento das equipes de Atenção Básica (eAB), será definido pelo Ministério da Saúde, a depender da disponibilidade orçamentária e demanda de credenciamento

IV - Compensação de Especificidades Regionais;	B) Recursos para projetos específicos, tais como os recursos da compensação das especificidades regionais (CER), do Programa de Requalificação das Unidades Básica de Saúde, Recurso de Investimento/ Estruturação e Recursos de Estruturação na Implantação;
V - Saúde Indígena (SI); e	
VI - Saúde no Sistema Penitenciário.	
estabelecidas duas modalidades de financiamento para as ESF	
São estabelecidas duas modalidades de financiamento para as ESB	C) Recursos de investimento; D) Recursos que estão condicionados à implantação de estratégias e programas prioritários, tais como os recursos específicos para os municípios que implantarem as Equipes de Saúde da Família, as Equipes de Saúde Bucal, de Agentes Comunitários de Saúde, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, dos Consultórios na Rua, de Saúde da Família Fluviais e Ribeirinhas, de Atenção Domiciliar, Programa Saúde na Escola (PSE), microscopistas e a Academia da Saúde;
	E) Recursos condicionados a resultados e avaliação do acesso e da qualidade, tal como o do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ).

Gerente da AB

Não reconhecia esse trabalhador

Não reconhecia esse trabalhador

Reconhece a figura do gerente de UBS, recomendando sua inserção na equipe, a depender da necessidade local;

Não há previsão de recursos adicionais para equipes com este trabalhador;
Gerente de AB deve ter nível superior, preferencialmente da área da saúde. Caso seja enfermeiro, a UBS deverá ter outro enfermeiro para as ações de cunho clínico.

Composição das equipes

ESF mínima: médico, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem, ACS;
ESF complementar: saúde buca
EAB não havia definição – a critério do gestor local.

ESF mínima: médico, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem, ACS;
ESF complementar: saúde bucal, NASF;
EAB não havia definição – a critério do gestor local.

ESF mínima: médico, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem, ACS;
ESF complementar: ACE, saúde bucal, NASF;
EAB deve seguir parâmetros da ESF, exceto ACS.

Oferta Nacional de Serviços e ações essenciais e ampliadas em saúde

Nada Consta

Nada Consta

Incorpora o debate em torno da formulação de uma Oferta Nacional de Serviços e Ações Essenciais e Ampliadas da AB – busca a uniformidade da AB no País, a garantia da oferta de serviços essenciais no âmbito da AB à toda a população e a ampliação da resolutividade da AB.
(carta de serviços)

Territorialização e Vínculo

Usuário só podia se vincular a uma UBS.

Usuário só podia se vincular a uma UBS.

Usuário pode se vincular a mais de uma UBS.
Equipe de Referência

Educação Permanente e Formação em Saúde

EP distribuída ao longo do texto, não versava sobre formação em saúde (ensino na saúde); Não abordava espaço físico para tais ações; Aparece sempre em parceria com capacitações da equipe

EP distribuída ao longo do texto, não versava sobre formação em saúde (ensino na saúde); Não abordava espaço físico para tais ações;

EP distribuída ao longo do texto, versa sobre formação em saúde que deve ser incorporada no processo de trabalho das equipes; Sinaliza a importância de estrutura física e ambiência que comporte os processos de EP e formação em saúde; Incorpora a temática do ensino na saúde – integração ensino-serviço, destacando o papel da AB como locus de formação na graduação e residência, de pesquisa e extensão.

Fonte: Portarias 648/2006, 2488/2011 e 2436/2017

Apesar da revisão e publicação da nova PNAB (2017), apresentar pontos conflitantes, o financiamento da APS continuou sendo insuficiente, as práticas de gestão seguem apresentando ineficiências em várias localidades e os municípios cada vez mais sobrecarregados e com necessidades de participar cada vez mais com o maior aporte de recursos entre os três entes responsáveis. Também é nos municípios que se verificam inovações importantes e evidências fortes dos efeitos de uma atenção básica forte e estruturada em diálogo com as condições locais de organização do sistema e da saúde das pessoas. Se não bastasse a problemática do sucateamento histórico da saúde no Brasil, em 2016 a Emenda Constitucional 95 (EC 95), concebida a partir da Proposta de Emenda Constitucional 341/2016 (PEC 341) e da PEC 55, que tramitaram e foram aprovadas respectivamente na Câmara de Deputados e no Senado Federal, foi sancionada. O principal objetivo a ser destacado desta EC 95 foi o de combater a crise fiscal mediante por meio do teto de despesas primárias até 2036, ou seja, um bloqueio no aumento de investimentos de recursos federais por 20 anos incluindo os setores saúde e educação (FUNCIA, 2019)

“A nova equipe econômica do governo federal radicalizou a política fiscal centrada na EC 95, por meio da combinação da redução das

despesas primárias com recessão econômica. Essa combinação agravou a crise fiscal com elevados valores de déficit primário, por causa dos efeitos negativos dessa política sobre a receita pública-afinal metade da carga tributária incide sobre a produção e consumo, cuja dinâmica tem sido negativamente afetada pela recessão econômica (FUNCIA, 2019)”.

1.3 Previne-Brasil: nova agenda e novos percursos

Em novembro de 2019, a equipe da Secretaria da Atenção Primária em Saúde (SAPS) apresenta então uma nova proposta de financiamento para a APS, sendo elaborada e proposta pelo governo que tomou posse em janeiro daquele ano. Um governo de características neoliberalistas cada vez com mais tendências de desregulamentação do estado para deixar fluir os lucros do capital financeiro e capturar o capital público, reforçando o que já havia iniciado em 2016 o governo de Michel Temer que criou e aprovou EC 95, que congelou os investimentos em setores primários, como já abordado anteriormente.

A proposta da nova metodologia de cálculo do financiamento da APS foi aprovada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), composta pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretário Municipais de Saúde (CONASEMS) e Ministério da Saúde (MS), e foi homologada a partir da Portaria 2.979/19. Ela instituiu o novo modelo de financiamento da APS, o Programa Previne Brasil. Existe uma discussão acerca da imposição do Programa Previne Brasil e sobre a não participação do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nesse processo decisório. A velocidade com que uma mudança estruturalmente significativa foi proposta e implementada pelo Ministério da Saúde, no contexto de um debate relevante sobre mudanças na organização do Estado brasileiro e seu papel na regulação de políticas públicas, são questões centrais para compreender a crise atual sobre essa iniciativa.

Essencialmente, o Programa Previne Brasil, está centrado na vinculação dos usuários às Equipes de Saúde da Família e Equipes de Atenção Primária, através do cadastro individual ou dos atendimentos realizados por essas equipes (equipes de Referência) (BRASIL, 2019). Os considerandos da

Portaria 2979/2019 apresentam as principais necessidades da implantação dessa nova metodologia de cálculo para os recursos da APS:

- a) Ampliar o acesso da população aos serviços da APS;
- b) Implantar ações estratégicas que atendam às prioridades em saúde;
- c) Reconhecer a Estratégia Saúde da Família como orientadora da Atenção Primária à Saúde e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde no país;
- d) Ampliar a capacidade instalada e abrangência da oferta dos serviços da APS com atuação de equipes multiprofissionais;
- e) Valorizar o desempenho das equipes e serviços de Atenção Primária à Saúde para o alcance de resultados em saúde;
- f) importância da territorialização e da adscrição das pessoas aos serviços da Atenção Primária à Saúde e o desenvolvimento de vínculo e responsabilização entre equipe e população assistida.

O programa, inicialmente apresentava três componentes principais:

- I. Componente de Capitação Ponderada
- II. Componente do Pagamento por Desempenho
- III. Componente de Ações Estratégicas.

O componente da Capitação Ponderada envolve o cadastramento dos usuários em eSF e eAP (mais recentemente eCR, eAPP e eSFR, como veremos adiante com as alterações da Portaria 2979/19). Para além do cadastro existem fatores de ponderação para a capitação ponderada que se constitui no componente mais robusto do Programa `Previne Brasil. Esses fatores de ponderação envolvem a classificação geográfica por tipologia IBGE dos municípios, as vulnerabilidades socioeconômicas e o perfil demográfico por faixa etária da população vinculada conforme quadro abaixo:

Quadro 2: Aplicações e Combinações dos pesos atribuídos aos critérios previstos na Portaria 2979/2019 tendo como valor base R\$ 50,50 determinado pela Portaria 169/2020.

Classificação Geográfica	Vulnerabilidade socioeconômica ou perfil demográfico	Cálculo para aplicação dos pesos	Peso final da pessoa cadastrada	Valor base
Município Urbano (Peso = 1)	Fora do critério (Peso 1)	1x1	1	R\$ 50,50
	Dentro do Critério (Peso 1,3)	1x1,3	1,3	R\$ 65,65
Município intermediário adjacente ou rural adjacente (Peso 1,45)	Fora do critério (Peso 1)	1,45455x1	1,45455	R\$ 73,45
	Dentro do Critério (Peso 1,3)	1,45455x1,3	1,8909	R\$ 95,49
Município Intermediário remoto ou Rural remoto (Peso 2,0)	Fora do critério (Peso 1)	1x2	2	R\$ 101,00
	Dentro do Critério (Peso 1,3)	1,3x2	2,6	R\$ 131,30

Fonte: Adaptado da Portaria 2979/2019

Em relação ao pagamento por desempenho a Portaria 3.222/2019 apresentou os sete indicadores que estão em acompanhamento desde agosto de 2020. Para pagamento desse recurso o Ministério da Saúde empregou o orçamento anteriormente utilizado para o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica que custeou até a competência agosto de 2020 em torno de 36 mil equipes avaliadas. A partir da competência de setembro de 2020 passam a receber pelo pagamento de desempenho aproximadamente 46 mil equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária.

O Quadro 3 apresenta um panorama dos indicadores acompanhados pelo Programa Previne Brasil, assim como pesos e metas para o alcance e monitoramento a ser realizado pelos municípios brasileiros.

Quadro 3: No quadro a seguir são determinados os valores de parâmetros, metas e pesos de cada indicador a partir da Portaria 3222/2019:

Ações Estratégicas	Indicador	Parâmetro	Meta 2020/2021	Peso
--------------------	-----------	-----------	----------------	------

Pré-Natal	Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação	>=80%	60%	1
	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	>=95%	60%	1
	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	>=90%	60%	2
Saúde da Mulher	Cobertura de exame citopatológico	>=80%	80%	1
Saúde da Criança	Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente	>=95%	95%	2
Doenças Crônicas	Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre	>=90%	50%	2
	Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada	>=90%	50%	1

Fonte: NOTA TÉCNICA Nº 5/2020-DESF/SAPS/MS

Segundo a Portaria 3.222/2019 o monitoramento destes indicadores e o consequente uso dessas informações buscam:

- I - Definir o incentivo financeiro do pagamento por desempenho por Município e Distrito Federal;
- II - Subsidiar a definição de prioridades e o planejamento de ações para melhoria da qualidade da APS;
- III - Promover o reconhecimento dos resultados alcançados e a efetividade ou necessidade de aperfeiçoamento das estratégias de intervenção;
- IV - Orientar o processo de pagamento por desempenho no âmbito da gestão municipal, assim como entre este e as outras esferas de gestão do SUS;
- V - Promover a democratização e transparência da gestão da APS e o fortalecimento da participação das pessoas, por meio da publicização de metas e resultados alcançados.

O pagamento tem como base um Indicador Sintético Final (ISF) que consolida o cálculo da Nota Ponderada referente ao resultado de alcance da meta de cada indicador pactuado. A avaliação do ISF é quadrimestral e o repasse do componente de desempenho é transferido mensalmente aos municípios.

O valor por tipo de equipe do incentivo financeiro federal de custeio mensal do pagamento por desempenho referente a 100% do ISF foi pactuado em CIT, publicado pela Portaria 2.713/2020 e será equivalente à:

I) ISF final para Equipes de Saúde da Família (eSF): R\$ 3.225,00

II) ISF final para Equipes de Atenção Primária Mod. II (30h): R\$ 2.418,75

III) ISF final para Equipes de Atenção Primária Mod. I (20h): R\$ 1.612,50

O terceiro e último componente do Programa Previne Brasil é o pagamento de Ações Estratégicas em Saúde e envolve ações específicas em que a partir da adesão municipal ocorre a transferência de recursos específicos para a execução desses programas. Como exemplo podemos citar o Programa Saúde na Hora, Programa Saúde na Escola, Saúde Bucal, Unidades Odontológicas Móveis, Programa de Residências Médicas ou Multiprofissionais, Informatiza APS, Academias de Saúde, entre outros.

Um valor de transição per capita, no valor de R\$ 5,95/ano, também se manteve desde o início de 2020 até ser pactuado como recurso fixo em setembro de 2021. Esse componente será explicitado quando abordadas as alterações do Programa Previne Brasil Publicadas no segundo quadrimestre de 2021.

Um outro evento de relevância e que certamente implica no financiamento da Atenção Primária em Saúde é o surgimento da pandemia provocada pelo Coronavírus (a COVID-19) no ano de 2020. A liberação de recursos financeiros para as ações de saúde em todos os níveis de atenção ocorre ao longo do tempo em que a pandemia causada pelo vírus perdurar. Esse novo evento no contexto da organização dos sistemas de saúde deve ser considerado por afetar diretamente o financiamento do SUS e em especial da

APS com a inserção de créditos extraordinários. Sobretudo, por marcar uma condição própria do SUS, que é a corresponsabilidade entre as esferas de gestão, com autonomia relativa de cada uma. A sobrecarga de trabalho no âmbito local é, na perspectiva analítica, um fator significativo para analisar os efeitos do financiamento federal e estadual no âmbito dos municípios. Considerando, como foi revisado até aqui, que o financiamento dos sistemas municipais de saúde, sobretudo no que se refere à atenção básica, é uma questão de grande relevância e com pouca formulação empírica.

Os créditos extraordinários foram transferidos fundo a fundo, aos municípios brasileiros ao longo do período de calamidade pública causado pela pandemia da COVID-19. Muitas normativas relacionadas a ações da APS pertinentes a COVID-19 foram lançadas, porém todas com ações específicas de determinadas populações e com monitoramento do Ministério da Saúde através de análise de registros de dados consolidados pelo Sistema de Informações em Saúde da Atenção Básica (SISAB), além da prestação de contas realizadas através de relatórios de gestão que envolvem a execução desses recursos. Porém muitos municípios ainda não utilizaram esses recursos por muitos motivos, entre eles desconhecimento da legislação, receio de apontamentos por órgãos de controle por de uso incorreto desses recursos, entre outros.

Inicialmente, o Programa Previne Brasil apresentava como objetivos principais aumentar o acesso da população aos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS); estabelecer vínculo entre o usuário e a APS; e responsabilizar os gestores municipais. Os compromissos realizados de maneira tripartite diante da publicação da Portaria 2979/2019 foram: aumentar o valor absoluto e relativo do cofinanciamento federal para AB em uma arrecadação '*específica*' da AB), alocar valores diferentes, equitativamente distribuídos nos níveis municipais, de equipe e da Pessoa, aumento de maneira progressiva dos valores para desempenho (resultados) das equipes e capitação da população, aumentar a flexibilidade do Gestor Municipal na tomada de decisão na organização do Sistema Municipal e no uso dos recursos financeiros federais, assim como na forma de contratualização dos serviços (aquisição) e não haver retrocesso financeiro em relação ao ano de 2019 para municípios que

apresentaram decréscimo dos valores na projeção, desde que não exista diminuição de serviços da AB no município. (CONASEMS, 2021).

Alinhamentos conexos a Portaria 2979/2019 se fizeram necessários no decorrer da implementação do programa com a finalidade de adequar a legislação com a realidade dos municípios e em setembro de 2021 foi publicada a Portaria 2.254/21 que trata das alterações do Programa Previne Brasil. O quadro a seguir exibe uma comparação entre a metodologia de cálculo do financiamento da APS até 2019 Piso da Atenção Básica, a Portaria 2.979/19 e as alterações publicadas na Portaria 2.254/21. Além dos tópicos alocados no quadro 4 é preciso destacar a inserção na regra geral do Previne Brasil em que os valores de 2019 serão os valores de referência para o financiamento da APS.

Quadro 4: Comparação entre PAB, Previne e Alterações do Programa Previne Brasil 2021.

	Piso da Atenção Básica (Portaria 3925//98)	Programa Previne Brasil (Portaria 2979/2019)	Programa Previne Brasil Mudanças (Portaria 2254/2021)
Componentes	1.PAB Fixo 2.PAB Variável	1.Capitação Ponderada, 2. Pagamento por desempenho; 3.Ações Estratégicas em Saúde	1.Capitação Ponderada 2.Pagamento por desempenho 3.Ações estratégicas em saúde; 4.Per capita Pop. IBGE
Desempenho	PMAQ (Necessária adesão)	Pagamento por desempenho (Monitoramento para todas as equipes de Saúde da Família e de Atenção Primária, independente de Adesão)	Pagamento por desempenho (Monitoramento para todas as equipes de Saúde da Família e de Atenção Primária, independente de Adesão)
Valores variáveis	PAB Variável	Ações estratégicas em saúde	Ações estratégicas em saúde
Teto do recurso	População IBGE	Cadastros possíveis de vincular nas equipes de ESF e EAP e/ou População IBGE	Cadastros possíveis de vincular nas equipes de ESF e EAP + eCR + eAPP + eSFR

Fonte: Portarias 3925/98; Portaria 2979/19 e Portaria 2254/21

Em relação às mudanças do Previne Brasil, talvez a mais esperada e solicitada seja a inclusão do valor per capita fixo, o chamado “Pabinho”. Essa era a maior crítica relacionada ao programa que agora passa a garantir o repasse ainda pouco relevante financeiramente, porém necessário para garantir a universalidade do acesso a saúde a todas as pessoas dos municípios. A alteração do fator de correção para os municípios intermediários e rurais adjacentes de 1,45 para 1,45455 proporciona discreto aumento de recursos a maioria dos municípios brasileiros que são classificados por essa tipologia do IBGE. Uma outra novidade é o pagamento de um complemento para municípios com número de equipes capaz de atender uma população maior que a estimada pelo IBGE para garantir que esses municípios não diminuam o número de equipes do município por não alcançarem o parâmetro de cadastros. E ainda um valor adicional aos municípios que ultrapassarem o

parâmetro de cadastros e que alcancem um valor de ISF superior a sete, ou seja que alcancem acima de 70% da meta dos indicadores de desempenho. (BRASIL, 2021)

Em janeiro de 2022 o Ministério da Saúde publicou a Portaria 102/2022 com que alterou a Portaria 3.222/2022 com mudanças referentes aos indicadores de desempenho. A principal alteração refere-se ao denominador informado, que pode ser utilizado se o município alcançar 85% do potencial de cadastros e igualmente 85% da população alvo estimada pelo denominador estimado. O quadro a seguir apresenta essas alterações e elas podem ser comparadas com o quadro 3 apresentado acima.

Quadro 5: Alterações dos Indicadores de desempenho

Ações estratégicas	Indicador	Parâmetro	Meta 2022	Peso
Pré-Natal	<i>Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação</i>	100%	45%	1
	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	100%	60%	1
	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	100%	60%	2
Saúde da Mulher	<i>Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS</i>	>=80%	40%	1
Saúde da criança	<i>Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por Haemophilus Influenzae tipo b e Poliomielite Inativada</i>	>=95%	95%	2
Doenças crônicas	<i>Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre</i>	100%	50%	2
	<i>Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre</i>	100%	50%	1

Fonte: Portaria 102/2022 (*As alterações estão apresentadas na cor rosa).

Porém, muitos foram os desafios para a implementação dessa nova metodologia de cálculo para o financiamento da APS, que ainda não está sendo aplicado inteiramente segundo as regras estipuladas pela legislação do Previner Brasil. Muitas foram as prorrogações em relação aos componentes da capitação ponderada e do pagamento por desempenho com repasses de

alcance máximo para os municípios, gerando um descompasso na proposta inicial do Programa Previne em relação a cobrança do MS ao alcance e cumprimento das regras determinadas pelo novo método de cálculo de financiamento.

Entre esses desafios está a própria pandemia que afetou muitos trabalhadores e usuários do SUS, além disso o Programa trouxe à tona muitas discussões relacionadas à precariedades dos sistemas de informação que dificultam envios de dados ao SISAB, dificuldades no processo de trabalho dos profissionais das equipes com muitas fragilidades relacionadas a qualificação de registros de dados, organização das equipes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Também a inclusão da rotina de avaliação e monitoramento nas ações das equipes de saúde que se encontram exaustas e muito voltadas para os atendimentos de sintomáticos respiratórios e usuários e familiares afetados e muito fragilizados pelos desdobramentos da pandemia de COVID-19, a vacinação contra a COVID-19, além do tensionamento constante entre gestão, profissionais e os próprios usuários que as mudanças do programa acarretaram nesses atores e no sistema de saúde.

Uma das maiores divergências entre os gestores e equipes está relacionada à territorialização, adscrição e vinculação dos usuários e na equipe de referência possibilitada pela PNAB de 2017. Quando analisamos os indicadores de desempenho há uma dificuldade enorme na compreensão das equipes no baixo alcance das metas pelas equipes, já que esses são indicadores de produção que envolvem registro de procedimentos básicos e que por vários problemas, inclusive relacionados ao método de verificação pela fórmula de cálculo não estão sendo alcançados pelos municípios brasileiros. Essa é uma análise que será abordada em breve quando o monitoramento de todos esses fatores for cobrado dos municípios brasileiros e os detalhamentos dos cálculos forem apresentados pelo MS.

Em relação aos avanços, o MS tem elencado em suas oficinas orientadoras aos municípios o fato de todas as equipes passaram a constar oficialmente; a individualização do registro propiciando melhor acompanhamento na AB; o reconhecimento de equipes com carga horária diferenciada (eAP); o custeio de 34 mil equipes informatizadas através do

programa Informatiza APS, mais de mil equipes com custeio de Residência multiprofissional; UBS com horário estendido; aumento do valor do recurso repassado para as equipes saúde bucal; o aumento do valor repassado às equipes ribeirinhas; o reconhecimento dos municípios que atendem populações limítrofes. (CONASEMS,2021)

Porém, ainda são muitos os desafios a superar para que o Programa Previne Brasil seja realmente implementado com garantias de que o orçamento para a APS se mantenha e os municípios não tenham perdas de recursos. Entre eles podemos citar as adequações das equipes, as regras de suspensão de pagamento das equipes, o provimento de médicos pelo Programa Mais Médicos pelo Brasil que não dá conta de suprir as vagas necessária por dificuldades de fixação deste profissional em locais de difícil acesso, os persistentes problemas de planejamento dos gestores locais e as frequentes trocas desses gestores que ainda tem dificuldades com o conhecimento fragilizado de suas equipes técnicas, o orçamento congelado pela EC 95, a própria pandemia da COVID-19, a previsibilidade orçamentária, a Amazônia legal, municípios com cadastros acima dos parâmetros, a baixa cobertura de ESF em grandes municípios, o modelo de Atenção Básica tradicional em detrimento da eSF, o cadastramento da População Indígena envolvida com as Equipes de Saúde Indígena, os aglomerados e invasões territoriais urbanos, municípios com fronteira com outros países, entre outros.

Após análise de todo contexto histórico do financiamento da APS e do desfinanciamento do SUS ao longo tempo, apresentados até aqui, o Programa Previne Brasil ainda causa inquietações e receio de perdas financeiras aos municípios. Muitas são as dúvidas que ainda não podem ser respondidas, mas talvez a maior delas esteja relacionada a condição do repasse ao cumprimento às inúmeras regras estabelecidas pelo programa. São muitos motivos para suspensão de recurso caso o município não alcance o estipulado nas normativas o que fragiliza a APS e ocasiona risco do não cumprimento do pagamento federal que é de direito assegurado e que pode prejudicar as ações e serviços em saúde da população nos municípios brasileiros. É muito importante que os atores envolvidos estejam atentos para que os recursos da APS que não forem repassados ou quando descontados dos municípios por

não cumprimento as regras ou não atingimento de metas permaneçam na APS e não se apliquem a outros níveis de atenção ou a outras pastas que não as da saúde.

Essa dissertação tem como objetivo principal compreender o efeito da mudança no marco legal do financiamento da Atenção Primária em Saúde e analisar os impactos nos recursos recebidos, deste novo modelo de financiamento, assim como analisar quais os fatores que influenciam possíveis diminuição ou aumento de recursos com a implantação do programa previne brasil em municípios de duas regiões do Rio Grande do Sul.

2. Percurso Metodológico

A metodologia utilizada nessa dissertação foi a pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem mista, do tipo casos múltiplos. Exploratória pelo fato de levantar dados e hipóteses para futuros estudos e verificar e compreender o tema de estudo e a sua relevância. O tema do novo modelo de financiamento da atenção primária está em plena efervescência e essa condição fortalece estudos descritivos. Descritiva por buscar compreender em maior profundidade o efeito em uma determinada realidade de um grupo de municípios gaúchos a partir da implantação do Programa Previne Brasil. Também serão explorados quantitativamente os dados encontrados a partir das pesquisas em relatórios públicos.

A pesquisa exploratória, permite uma maior familiaridade entre o pesquisador e o tema pesquisado, sendo assim necessário que o pesquisador inicie um processo de sondagem, com vistas a aprimorar ideias e assim construir hipóteses e ainda, por ser uma pesquisa específica assume a forma de um estudo de caso.

Nesse sentido, a pesquisa exploratória leva o pesquisador, frequentemente, à descoberta de enfoques, percepções e terminologias novas para ele, contribuindo para que, paulatinamente, seu próprio modo de pensar seja modificado. Isto significa que ele vai conseguindo controlar, quase que imperceptivelmente, o seu viés pessoal (PIOVESAN; TEMPORINI, 1995).

A análise de dados em relatórios públicos sobre o financiamento está organizada através de desenho metodológico de casos múltiplos, ou seja, casos de municípios diversos que estão agrupados em duas regiões de saúde

do Rio Grande do Sul e que apresentam características relacionadas a indicadores de saúde e analisados quanto a diminuição ou aumento de recursos para a saúde, no período que compreendeu os anos de 2019, 2020 e 2021.

Foram analisados municípios de duas regiões de saúde, sendo utilizados os critérios de mesmo número de municípios com possível decréscimos de recursos, as duas regiões com o mesmo número de municípios, cobertura de AB, entre outros indicadores analisados e apresentados ao longo dessa dissertação. Os indicadores avaliados para essa seleção foram extraídos do Planejamento Regional Integrado (PRI) instituído e coordenado pela SES/RS em articulação com os municípios e participação da União, a partir das definições realizadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Expressa as responsabilidades dos gestores de saúde em relação à população do território quanto à integração da organização sistêmica do SUS, evidenciando o conjunto de diretrizes, objetivos, metas, ações e serviços para a garantia do acesso e da resolubilidade da atenção por meio da organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS). No RS, as etapas deste processo, juntamente com o cronograma de execução e a definição das macrorregiões de saúde, foram pactuados pela CIB através da Resolução CIB/RS nº 188/2018 (BI PÚBLICO, 2020).

O estudo de casos múltiplos possibilita uma análise comparativa e no caso dessa pesquisa essa análise advirá de municípios com características apresentadas nesse capítulo. Um estudo de casos múltiplos é útil quando existe a intensão de que a pesquisa possa aprofundar os conhecimentos obtidos a partir de uma realidade que servirá como uma proposição teórica (MAÇADA et al., 2007).

As duas regiões selecionadas para o estudo são a Região 14 Fronteira Noroeste localizada ao norte do estado do Rio Grande do Sul, na macrorregião Missioneira e a Região 25 Vinhedos e Basalto, localizada na serra gaúcha, na macrorregião Serra. A seguir as duas regiões serão caracterizadas através de indicadores e dados extraídos do Plano Estadual de Saúde, Painel BI RS, IBGE, SISAB e DataSUS, e esses dados servirão para análise comparativa entre as duas regiões e a implantação do Programa Brasil considerando

também processos históricos da cobertura de AB, modelo de atenção da APS, entre outros indicadores, além dos recursos recebidos no período avaliado.

As fontes de dados secundários usadas para a pesquisa são de domínio público para a pesquisa de dados que envolvem relatórios públicos de sistemas de informação em saúde e de assistência social assim como documentos, legislações, editais, decretos, resoluções, notas técnicas, painéis de indicadores e outros.

Considera-se que a pesquisa avaliou aspectos contemporâneos atuais, mas também históricos que auxiliaram na comparação dos dados e essa metodologia exige do pesquisador um olhar e participação no contexto em que o processo ocorre.

“O estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos” (YIN, 2005, p.32)

Para análise de dados públicos foram utilizados os relatórios dos sistemas e-gestor, SCNES, Fundo Nacional de Saúde (FNS), e-SUS e dados consolidados do DataSUS, Painel BI, Plano Estadual de saúde e Portal Transparência Federal. O tratamento e interpretação desses dados e evidências foram construídos a partir de dois movimentos combinados: um deles a análise em profundidade, dos efeitos e evidências em cada município, considerando as características próprias de cada um deles; o segundo movimento é a análise transversal entre os municípios e regiões. A análise de cada caso permite uma compreensão em profundidade dos efeitos singulares em cada localidade. A análise comparada permite a identificação de séries.

O Apêndice A apresenta os 31 municípios com possível decréscimo de recursos a partir de janeiro de 2021. Esses municípios estão elencados na Portaria 172 de 31 de janeiro de 2020, publicada pelo Ministério da Saúde no Diário Oficial da União. O Apêndice B apresenta um instrumento de análise construído através das características e Indicadores elencados como critério de escolha das regiões participantes da pesquisa O Anexo 1 apresenta uma tabela com as portarias da união e notas técnicas formuladas por instituições que estão relacionadas ao financiamento da APS.

O banco de dados relacionado aos 44 municípios avaliados envolve as variáveis que serão apresentadas nos próximos capítulos.

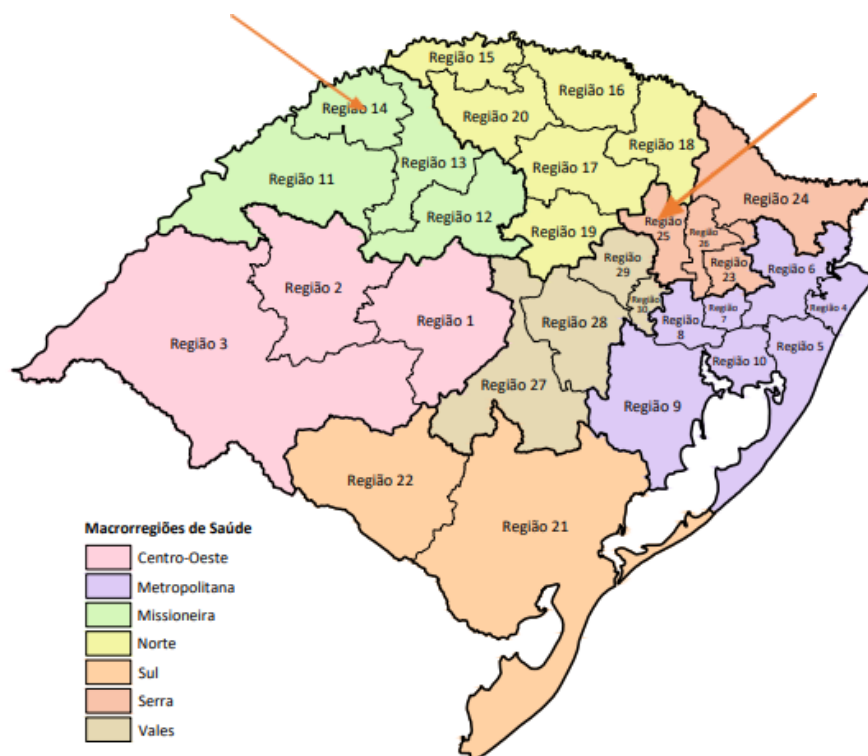
3. Uma imersão na Fronteira das Missões e na Serra Gaúcha: história, localização geográfica, população e características de suas populações:

Para um melhor entendimento de como vem se comportando a Implantação do Programa Previne Brasil é necessário análise de características próprias das duas regiões em estudo, e o seu comportamento histórico em relação a algumas variáveis que podem interferir no impacto do financiamento da APS. A seguir será apresentada uma análise através de mapas do Plano Estadual de Saúde como fonte secundária, para caracterizar as duas regiões o que proporciona uma análise comparativa entre elas em determinadas características específicas e que demonstram a evolução da Rede de Atenção a Saúde da população desses territórios. Também serão utilizados gráficos e tabelas do Painel BI RS.

Inicialmente é importante apresentarmos o mapa de localização das Macrorregiões e Regiões de Saúde do Rio Grande do Sul, que caracterizam a organização da Rede de Atenção à Saúde. A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do SUS no qual consta a seguinte conceituação das RAS: “São arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.” (BRASIL, 2010). As principais características das RAS são: a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a Atenção Básica como centro de comunicação; a centralidade nas necessidades de saúde da população; a responsabilização por atenção contínua e integral; o cuidado multiprofissional; o compartilhamento de objetivos e o compromisso com resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2014).

A configuração das 30 Regiões de Saúde (Figura 1) no estado do Rio Grande do Sul (RS) foi aprovada a partir das Resoluções CIB/RS N° 555/2012, N° 26/2013 e N° 499/2014, nos termos do Decreto 7.508/2011 que definiu Região de Saúde como território vivo composto por um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011). A Figura 2 apresenta também as sete macrorregiões de saúde (Centro-Oeste, Metropolitana, Missioneira, Norte, Sul, Serra e Vales) que foram definidas através da Resolução CIB/RS N° 192/2002, na construção do Plano Diretor de Regionalização (PDR) da Saúde, e foram revalidadas na Resolução CIB/RS N° 188/2018. Além disso o RS também possui 18 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) determinadas pelo Decreto N° 55.606, de 27 de novembro de 2020, e conforme definição no Plano Estadual de Saúde 2020-2023, são instâncias administrativas da SES/RS responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde em determinado território, tendo por objetivo apoiar tecnicamente os sistemas locais e regionais de saúde.

Figura 2: Mapa das Macrorregiões e Regiões de Saúde, RS, 2019. As Setas indicam as duas Regiões estudadas nesta pesquisa.



Fonte: SES/RS.

Fonte: Plano Estadual de Saúde 2020-2023/SES RS

O quadro a seguir apresenta as Macrorregiões de Saúde, Coordenadorias Regionais de Saúde, Regiões de Saúde e Municípios que serão analisados.

Quadro 6: Macrorregiões de Saúde, Coordenadorias Regionais de Saúde, Regiões de Saúde 14 e 25 e a composição de seus Municípios.

Região de Saúde	Macrorregião de Saúde	Coordenadoria Regional	Municípios
R14 - Fronteira Noroeste	Missioneira	14ª CRS	Alecrim, Alegria, Boa Vista do Buricá, Campinas das Missões, Cândido Godói, Doutor Maurício Cardoso, Giruá, Horizontina, Independência, Nova Candelária, Novo Machado, Porto Lucena, Porto Mauá, Porto Vera Cruz, Santa Rosa, Santo Cristo, São José do Inhacorá, São Paulo das Missões, Senador Salgado Filho, Três de Maio, Tucunduva e Tuparendi
R25 - Vinhedos e Basalto	Serra	5ª CRS	Bento Gonçalves, Boa Vista do Sul, Carlos Barbosa, Coronel Pilar, Cotiporã, Fagundes Varela, Garibaldi, Guabiju, Guaporé, Monte Belo do Sul, Nova Araçá, Nova Bassano, Nova Prata, Paraí, Pinto Bandeira, Protásio Alves,

			Santa Tereza, São Jorge, União da Serra, Veranópolis, Vila Flores, Vista Alegre do Prata
--	--	--	--

Fonte: Plano Estadual de Saúde SES/RS

Para melhor entendimento do impacto do financiamento da APS nas regiões pesquisadas é importante analisarmos inicialmente, a situação de saúde de cada uma delas, assim como o histórico dessas regiões em relação ao modelo de atenção à saúde, contexto político e econômico, territorial, organização da rede assistencial de saúde e determinantes sociais.

3.1. Histórico

A região Fronteira Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul é composta por vinte e dois municípios, com uma população de 222.423 habitantes. Está situada no Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, na fronteira com a Argentina.

Mesmo sendo uma das últimas regiões do território gaúcho a ser colonizada, ela alcançou rápido crescimento econômico em razão do modelo adotado, fundado na agricultura familiar, na agroindústria e no pequeno e médio comércio. A formação cultural de sua gente, alicerçada na educação, na vida comunitária, associativa e religiosa, criou um espírito de trabalho e inovação que alicerçou uma formação social dinâmica e capaz de dar conta dos desafios da realidade em constante processo de transformação (ROTTA *et al*, 2008)

A região 14 possui um processo tecnológico avançado na modernização da agricultura principalmente em plantações de soja, trigo e milho e na produção de colheitadeiras automotrizes. Seu potencial econômico é potente em relação ao pólo metal mecânico, na bacia leiteira, na produção e industrialização de suínos, na produção de sementes especializadas para a agricultura e na construção civil (Rotta *et al*, 2008).

A Região 25 – Vinhedos e Basaltos está localizada na Serra Gaúcha e possui uma população de 323.831 habitantes. Está situada no estado do RS e apresenta características socioculturais influenciadas pela colonização italiana e alemã com grande produção de uvas e vinho e desenvolvida produção industrial em vários segmentos, principalmente o moveleiro, além de alto potencial turístico. Bento Gonçalves e Garibaldi são considerados grandes

produtores de vinhos e espumantes. O clima frio também propicia um potencial turístico incluindo o enoturismo (BENTOTUR, 2022)

3.2 Perfil Sociodemográfico

A Região 14-Fronteira Noroeste, possui uma população de 222.426 habitantes e a Região 25-Vinhedos e Basaltos possui uma população de 323.831 habitantes, segundo estimativa preliminar elaborada pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE em 2021. A tabela 1 mostra a estimativa das Regiões 14 e 25 da população residente por município nos anos de 2019, 2020 e 2021.

Tabela 1 – Estimativa MS/SVS/2021 da população residente nas Regiões 14-Fronteira Noroeste e 25-Vinhedos e Basaltos.

Região 14-Fronteira Noroeste			
Município	2019	2020	2021
430030 Alecrim	5.950	5.827	5.710
430045 Alegria	3.464	3.374	3.287
430220 Boa Vista do Buricá	6.712	6.712	6.712
430370 Campina das Missões	5.474	5.398	5.325
430430 Cândido Godói	6.198	6.151	6.106
430673 Doutor Maurício Cardoso	4.549	4.462	4.380
430900 Giruá	16.004	15.863	15.729
430960 Horizontina	19.329	19.389	19.446
431040 Independência	6.167	6.109	6.054
431301 Nova Candelária	2.698	2.688	2.677
431342 Novo Machado	3.323	3.256	3.191
431500 Porto Lucena	4.678	4.594	4.514
431505 Porto Mauá	2.374	2.352	2.332
431507 Porto Vera Cruz	1.360	1.308	1.258
431720 Santa Rosa	73.254	73.575	73.882
431790 Santo Cristo	14.257	14.216	14.177
431849 São José do Inhacorá	2.073	2.056	2.040
431930 São Paulo das Missões	5.790	5.720	5.654
432032 Senador Salgado Filho	2.779	2.770	2.761
432180 Três de Maio	23.906	23.876	23.846
432210 Tucunduva	5.678	5.644	5.612
432230 Tuparendi	7.893	7.810	7.730
TOTAL	223.910	223.150	222.423
Região 25- Vinhedos e Basalto			
430210 Bento Gonçalves	120.454	121.803	123.090
430225 Boa Vista do Sul	2.783	2.778	2.773
430480 Carlos Barbosa	29.833	30.241	30.630
430593 Coronel Pilar	1.628	1.614	1.602
430595 Cotiporã	3.853	3.838	3.824
430786 Fagundes Varela	2.731	2.741	2.750
430860 Garibaldi	35.070	35.440	35.794
430925 Guabiju	1.503	1.490	1.478
430940 Guaporé	25.727	25.968	26.199
431238 Monte Belo do Sul	2.548	2.530	2.514

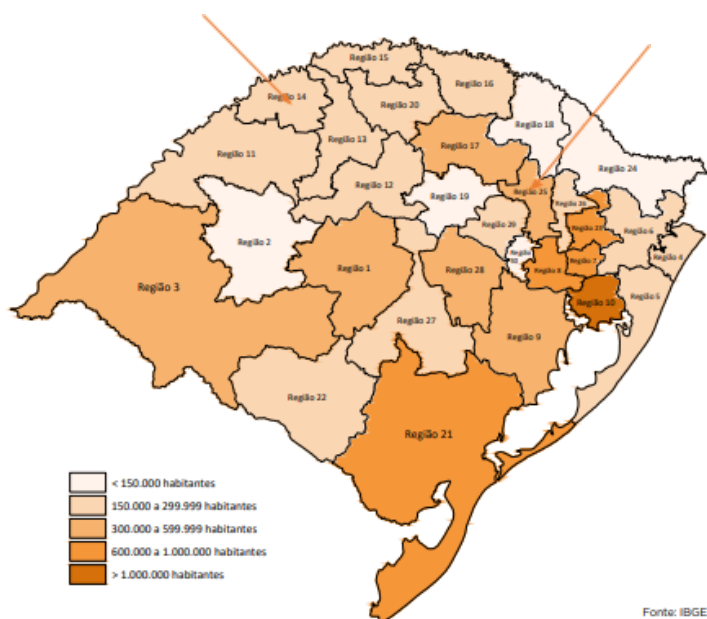
431280 Nova Araçá	4.759	4.826	4.890
431290 Nova Bassano	9.916	10.005	10.089
431330 Nova Prata	27.257	27.648	28.021
431400 Paraí	7.657	7.727	7.793
431454 Pinto Bandeira	3.003	3.036	3.068
431517 Protásio Alves	1.947	1.938	1.929
431725 Santa Tereza	1.729	1.726	1.722
431844 São Jorge	2.824	2.816	2.808
432235 União da Serra	1.154	1.118	1.084
432280 Veranópolis	26.241	26.533	26.813
432330 Vila Flores	3.385	3.396	3.407
432360 Vista Alegre do Prata	1.561	1.557	1.553
TOTAL	317.563	320.769	323.831

Fonte: 2000 a 2021 – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE

Conforme descrito na tabela acima observa-se que Santa Rosa, Três de Maio e Horizontina são os municípios na 14ª Região de Saúde que concentram a maior população da Região Fronteira Noroeste. Na 25ª Região os municípios que concentram a maior população da Região Vinhedos e Basalto são Bento Gonçalves, Garibaldi e Carlos Barbosa.

A Figura 3 apresenta o mapa da distribuição estimada, por região de Saúde do RS.

FIGURA 3: Distribuição populacional estimada, por Região de Saúde, RS, 2019.



Fonte: Extraído do Plano Estadual de Saúde 2020-2023

Ao analisar o mapa de distribuição populacional verifica-se que a Região 14 é menos populosa que a Região 25. Ao longo do período avaliado chama atenção o fato de que a Região 14 apresenta diminuição da população, ao contrário da Região 25 que vem aumentando o número de habitantes entre os anos avaliados. Nos casos dos municípios mais populosos das duas regiões o mesmo não acontece havendo um aumento populacional no período avaliado, o que comprova o movimento histórico de urbanização dos maiores centros industriais. Avaliando esse movimento, também pode-se inferir que a Região 14 é predominantemente agrícola e menos populosa que a região 25 com maior poder industrial. A tabela a seguir apresenta a estimativa populacional por sexo das regiões 14 e 25.

Tabela 2 – Estimativa populacional por sexo das Regiões 14 e 25 no período de 2019 a 2021.

Região 14																		
Ano	2019						2020						2021					
Município	Masc.	%	Fem	%	Total	%	Masc.	%	Fem	%	Total	%	Masc.	%	Fem	%	Total	%
Alecrim	2.973	2,70	2.977	2,62	5.950	2,66	2.909	2,65	2.918	2,58	5.827	2,61	2.854	2,61	2.856	2,53	5.710	2,57
Alegria	1.712	1,55	1.752	1,54	3.464	1,55	1.660	1,51	1.714	1,51	3.374	1,51	1.613	1,47	1.674	1,48	3.287	1,48
Boa Vista do Buricá	3.370	3,06	3.342	2,94	6.712	3,00	3.369	3,07	3.343	2,95	6.712	3,01	3.373	3,08	3.339	2,96	6.712	3,02
Campina das Missões	2.737	2,48	2.737	2,41	5.474	2,44	2.692	2,45	2.706	2,39	5.398	2,42	2.658	2,43	2.667	2,36	5.325	2,39
Cândido Godói	3.145	2,85	3.053	2,69	6.198	2,77	3.118	2,84	3.033	2,68	6.151	2,76	3.090	2,82	3.016	2,67	6.106	2,75
Doutor Maurício Cardoso	2.273	2,06	2.276	2,00	4.549	2,03	2.232	2,03	2.230	1,97	4.462	2,00	2.186	2,00	2.194	1,94	4.380	1,97
Giruí	7.895	7,16	8.109	7,14	16.004	7,15	7.832	7,13	8.031	7,09	15.863	7,11	7.771	7,10	7.958	7,05	15.729	7,07
Horizontalina	9.458	8,57	9.871	8,69	19.329	8,63	9.491	8,64	9.898	8,74	19.389	8,69	9.520	8,69	9.926	8,79	19.446	8,74
Independência	3.064	2,78	3.103	2,73	6.167	2,75	3.033	2,76	3.076	2,72	6.109	2,74	3.002	2,74	3.052	2,70	6.054	2,72
Nova Candelária	1.351	1,22	1.347	1,19	2.698	1,20	1.344	1,22	1.344	1,19	2.688	1,20	1.332	1,22	1.345	1,19	2.677	1,20
Novo Machado	1.656	1,50	1.667	1,47	3.323	1,48	1.619	1,47	1.637	1,45	3.256	1,46	1.582	1,44	1.609	1,43	3.191	1,43
Porto Lucena	2.363	2,14	2.315	2,04	4.678	2,09	2.323	2,11	2.271	2,01	4.594	2,06	2.278	2,08	2.236	1,98	4.514	2,03
Porto Mauá	1.194	1,08	1.180	1,04	2.374	1,06	1.181	1,07	1.171	1,03	2.352	1,05	1.173	1,07	1.159	1,03	2.332	1,05
Porto Vera Cruz	659	0,60	701	0,62	1.360	0,61	634	0,58	674	0,60	1.308	0,59	605	0,55	653	0,58	1.258	0,57
Santa Rosa	35.896	32,54	37.358	32,88	73.254	32,72	36.060	32,81	37.515	33,13	73.575	32,97	36.221	33,07	37.661	33,36	73.882	33,22
Santo Cristo	7.107	6,44	7.150	6,29	14.257	6,37	7.085	6,45	7.131	6,30	14.216	6,37	7.071	6,46	7.106	6,29	14.177	6,37
São José do Inhacorá	1.066	0,97	1.007	0,89	2.073	0,93	1.059	0,96	997	0,88	2.056	0,92	1.052	0,96	988	0,88	2.040	0,92
São Paulo das Missões	2.942	2,67	2.848	2,51	5.790	2,59	2.910	2,65	2.810	2,48	5.720	2,56	2.874	2,62	2.780	2,46	5.654	2,54
Senador Salgado Filho	1.407	1,28	1.372	1,21	2.779	1,24	1.405	1,28	1.365	1,21	2.770	1,24	1.399	1,28	1.362	1,21	2.761	1,24

Três de Maio	11.552	10,47	12.354	10,87	23.906	10,68	11.529	10,49	12.347	10,90	23.876	10,70	11.514	10,51	12.332	10,92	23.846	10,72
Tucunduva	2.687	2,44	2.991	2,63	5.678	2,54	2.671	2,43	2.973	2,63	5.644	2,53	2.651	2,42	2.961	2,62	5.612	2,52
Tuparendi	3.796	3,44	4.097	3,61	7.893	3,53	3.746	3,41	4.064	3,59	7.810	3,50	3.701	3,38	4.029	3,57	7.730	3,48
Total	110.303		113.607		223.910		109.902		113.248		223.150		109.520		112.903		222.423	
Região 25																		
Ano	2019						2020						2021					
Município	Masc.	%	Fem	%	Total	%	Masc.	%	Fem	%	Total	%	Masc.	%	Fem	%	Total	%
Bento Gonçalves	58.979	37,43	61.475	38,42	120.454	37,93	59.633	37,47	62.170	38,47	121.803	37,97	60.254	37,49	62.836	38,52	123.090	38,01
Boa Vista do Sul	1.489	0,95	1.294	0,81	2.783	0,88	1.488	0,93	1.290	0,80	2.778	0,87	1.486	0,92	1.287	0,79	2.773	0,86
Carlos Barbosa	14.959	9,49	14.874	9,30	29.833	9,39	15.157	9,52	15.084	9,33	30.241	9,43	15.348	9,55	15.282	9,37	30.630	9,46
Coronel Pilar	855	0,54	773	0,48	1.628	0,51	848	0,53	766	0,47	1.614	0,50	843	0,52	759	0,47	1.602	0,49
Cotiporã	2.033	1,29	1.820	1,14	3.853	1,21	2.030	1,28	1.808	1,12	3.838	1,20	2.026	1,26	1.798	1,10	3.824	1,18
Fagundes Varela	1.388	0,88	1.343	0,84	2.731	0,86	1.395	0,88	1.346	0,83	2.741	0,85	1.399	0,87	1.351	0,83	2.750	0,85
Garibaldi	17.401	11,04	17.669	11,04	35.070	11,04	17.583	11,05	17.857	11,05	35.440	11,05	17.760	11,05	18.034	11,06	35.794	11,05
Guabiju	771	0,49	732	0,46	1.503	0,47	768	0,48	722	0,45	1.490	0,46	764	0,48	714	0,44	1.478	0,46
Guaporé	12.568	7,98	13.159	8,22	25.727	8,10	12.692	7,97	13.276	8,21	25.968	8,10	12.804	7,97	13.395	8,21	26.199	8,09
Monte Belo do Sul	1.285	0,82	1.263	0,79	2.548	0,80	1.275	0,80	1.255	0,78	2.530	0,79	1.266	0,79	1.248	0,77	2.514	0,78
Nova Araçá	2.341	1,49	2.418	1,51	4.759	1,50	2.374	1,49	2.452	1,52	4.826	1,50	2.410	1,50	2.480	1,52	4.890	1,51
Nova Bassano	5.037	3,20	4.879	3,05	9.916	3,12	5.080	3,19	4.925	3,05	10.005	3,12	5.127	3,19	4.962	3,04	10.089	3,12
Nova Prata	13.662	8,67	13.595	8,50	27.257	8,58	13.876	8,72	13.772	8,52	27.648	8,62	14.083	8,76	13.938	8,54	28.021	8,65
Paraí	3.906	2,48	3.751	2,34	7.657	2,41	3.943	2,48	3.784	2,34	7.727	2,41	3.980	2,48	3.813	2,34	7.793	2,41
Pinto Bandeira	1.540	0,98	1.463	0,91	3.003	0,95	1.553	0,98	1.483	0,92	3.036	0,95	1.571	0,98	1.497	0,92	3.068	0,95
Protásio Alves	1.046	0,66	901	0,56	1.947	0,61	1.040	0,65	898	0,56	1.938	0,60	1.033	0,64	896	0,55	1.929	0,60
Santa Tereza	893	0,57	836	0,52	1.729	0,54	893	0,56	833	0,52	1.726	0,54	890	0,55	832	0,51	1.722	0,53

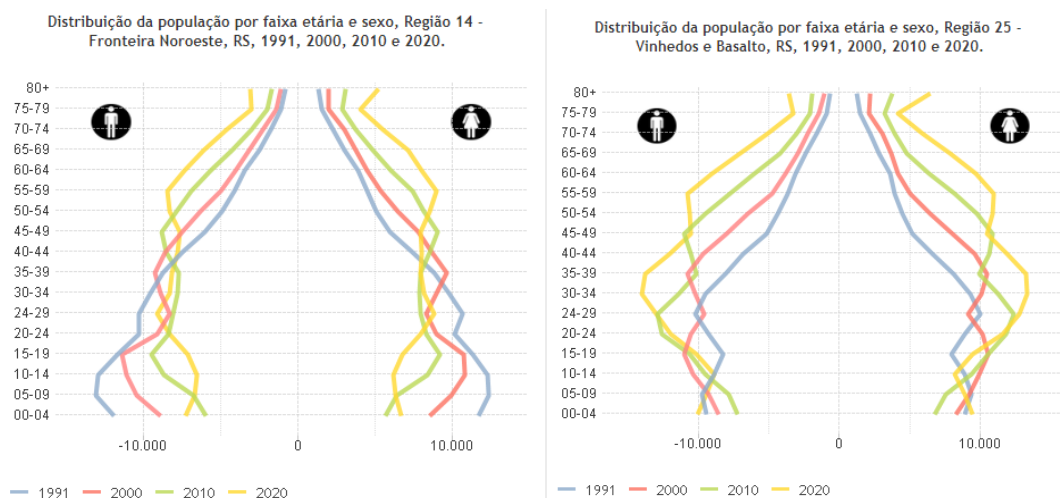
São Jorge	1.420	0,90	1.404	0,88	2.824	0,89	1.418	0,89	1.398	0,87	2.816	0,88	1.414	0,88	1.394	0,85	2.808	0,87
União da Serra	623	0,40	531	0,33	1.154	0,36	606	0,38	512	0,32	1.118	0,35	587	0,37	497	0,30	1.084	0,33
Veranópolis	12.846	8,15	13.395	8,37	26.241	8,26	12.996	8,17	13.537	8,38	26.533	8,27	13.143	8,18	13.670	8,38	26.813	8,28
Vila Flores	1.698	1,08	1.687	1,05	3.385	1,07	1.703	1,07	1.693	1,05	3.396	1,06	1.707	1,06	1.700	1,04	3.407	1,05
Vista Alegre do Prata	811	0,51	750	0,47	1.561	0,49	811	0,51	746	0,46	1.557	0,49	808	0,50	745	0,46	1.553	0,48
Total	157.551		160.012		317.563		159.162		161.607		320.769		160.703		163.128		323.831	

Fonte: Datasus - Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE

Ao analisarmos a tabela acima, que apresenta os dados populacionais por sexo das Regiões 14 e 25 podemos observar que existe predominância do número de mulheres em relação a homens nas duas regiões avaliadas.

A Figura a seguir apresenta a distribuição da população por faixa etária e sexo das duas regiões e representa essa diferença entre mulheres e homens.

Figura 4: Distribuição da população por faixa etária e sexo Região 14 e Região 25, RS, 1991, 2000, 2010 e 2020.



Fonte: Painel BI, RS

Comparando as duas Regiões percebe-se um comportamento geral semelhante, ou seja, há um aumento da população masculina e feminina nas faixas etárias de acima de 60 anos ao longo do período avaliado. Ocorre uma diminuição da população na faixa etária de 0 a 9 anos e de 20 a 49 anos na região 14, o mesmo acontece na Região 25 com as faixas etárias de 0 a 14 anos.

A tabela 3 apresenta a projeção por faixa etária das Regiões 14 e 25 nos anos de 2019, 2020 e 2021.

Tabela 3: Projeção por faixa etária, Regiões 14 e 25, RS, 2019,2020 e 2021:

Região de Saúde (CIR)	Região 14	Região 25	Região 14	Região 25	Região 14	Região 25
	2019		2020		2021	
0 a 4 anos	11.456	16.254	11.206	16.202	11.002	16.162
5 a 9 anos	11.416	16.032	11.497	16.393	11.519	16.683
10 a 14 anos	11.406	17.121	11.028	16.946	10.759	16.746
15 a 19 anos	12.341	20.192	11.641	19.920	11.230	19.527
20 a 29 anos	31.125	47.781	30.446	47.254	29.420	47.217
30 a 39 anos	31.311	52.329	31.175	52.718	31.332	52.465
40 a 49 anos	30.461	43.711	30.255	44.416	30.129	45.507
50 a 59 anos	33.606	43.445	33.495	43.546	33.002	43.324
60 a 69 anos	27.255	33.281	27.903	34.564	28.528	35.822
70 a 79 anos	15.798	18.005	16.427	18.970	17.052	20.076
80 anos e mais	7.735	9.412	8.077	9.840	8.450	10.302

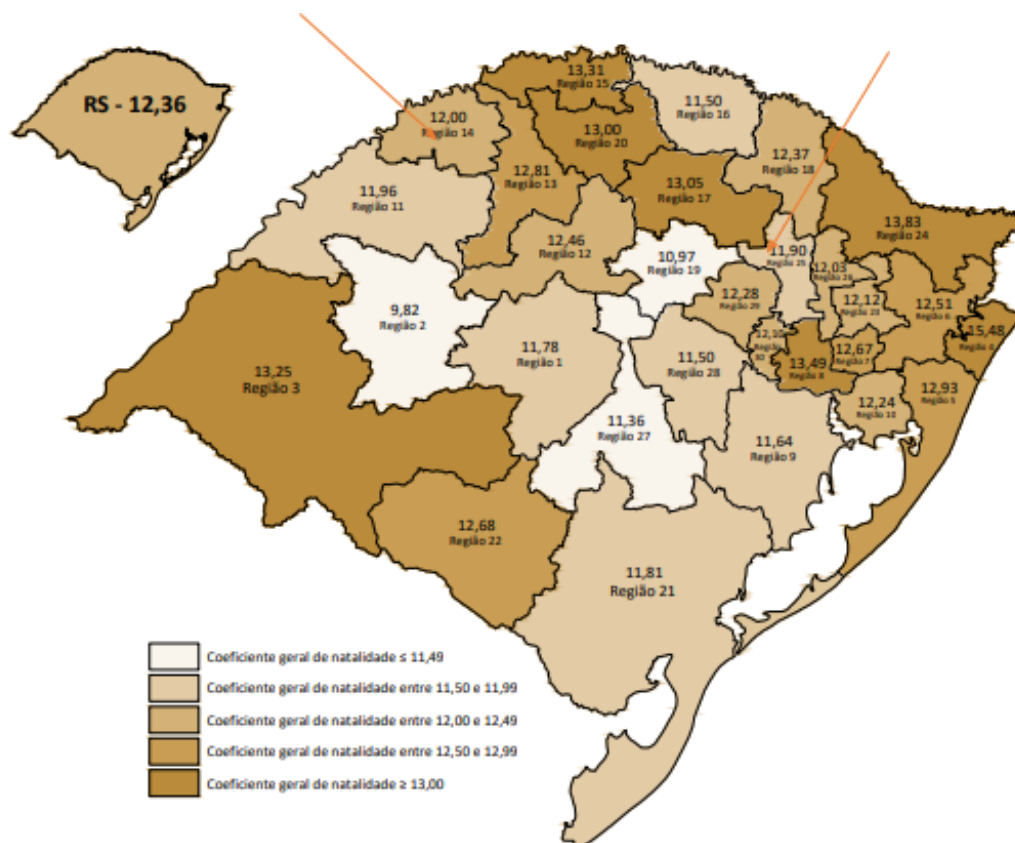
Total	223.910	317.563	223.150	320.769	222.423	323.831
-------	---------	---------	---------	---------	---------	---------

Fonte: DataSUS

A tabela apresenta uma maior concentração de pessoas nas faixas etárias de 20 a 59 anos, que constitui a faixa produtiva relacionada ao trabalho nas duas regiões, porém o quantitativo de pessoas vem diminuindo ao longo dos anos analisados nas duas regiões. Como já avaliado anteriormente as faixas etárias acima de 60 anos são as que aumentam ao longo do período.

A figura 5 demonstra através do Mapa o Coeficiente Geral de Natalidade, por região de saúde de 2018.

Figura 5: Coeficiente Geral de Natalidade, por região de saúde de 2018.



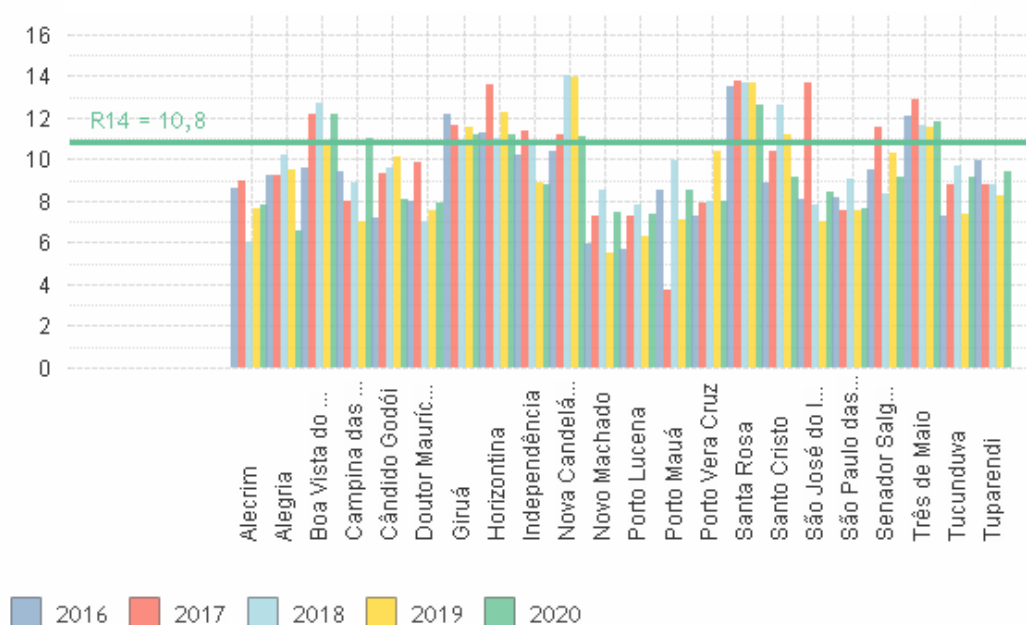
Fonte: Extraído do Plano Estadual de Saúde, RS, 2020-2023.

O Coeficiente Geral de Natalidade (CGN) é conceituado como o número de nascidos vivos por mil habitantes, ocorridos na população geral em um determinado período e expressa a intensidade de ocorrência anual de nascidos vivos em determinada população, dependente de fatores biológicos (sexo e idade) e fatores ambientais (IDB, 2018). Esse coeficiente tem decrescido no RS

ao longo dos anos e em 2018 apresentou um valor de 12,36 por mil habitantes. Quando analisamos as regiões 14 e 25 as duas apresentam um coeficiente geral de natalidade menor que o estado do RS e a Região 25 apresenta um menor valor (11,90) em relação a Região 14 (12,00). A mudança na demografia do RS nos últimos anos deve-se, basicamente, a dois fatores: a redução da taxa de fecundidade e o aumento da expectativa de vida ao nascer.

Os Gráficos 1 e 2 apresentam o Coeficiente Geral de Natalidade por município e região no período de 2016-2020.

Gráfico 1: Coeficiente Geral de Natalidade, Região 14, RS, 2016-2020

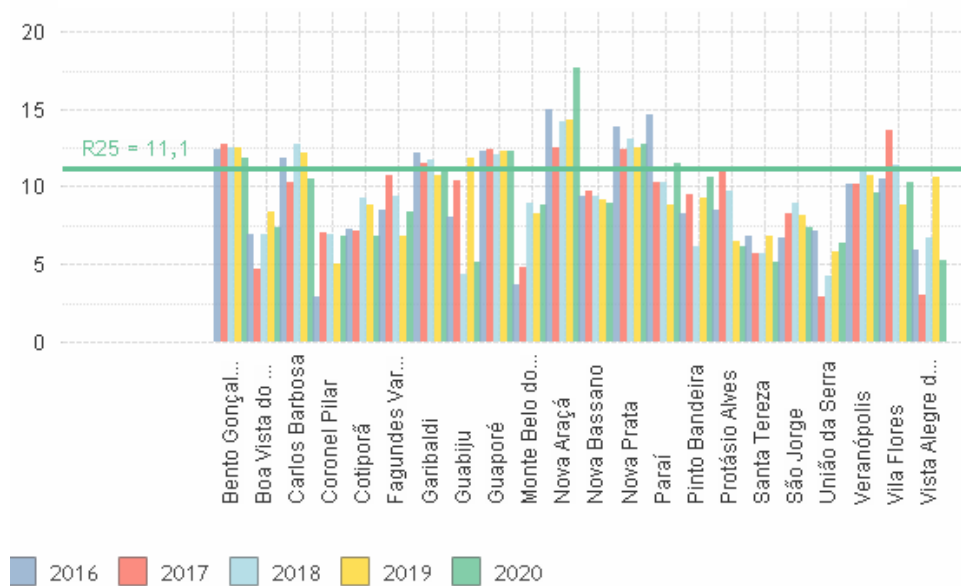


Fonte: NIS/DGTI/SES/RS

Fonte: Extraído do Painel BI, RS

O Gráfico acima apresenta um Coeficiente Geral de Natalidade de 10,8 para a Região 14, no período de 2016 a 2020 sendo o município de Santa Rosa o que apresenta o maior valor em 2016, 2017 e 2020. Porém, o município de Nova Candelária apresenta os maiores valores em 2018 e 2019. Na média há uma redução do coeficiente geral de natalidade ao longo dos anos o que confirma a redução de nascidos vivos também.

Gráfico 2: Coeficiente Geral de Natalidade, Região 25, RS, 2016-2020



Fonte: NIS/DGTI/SES/RS

Fonte: Extraído do Painel BI, RS

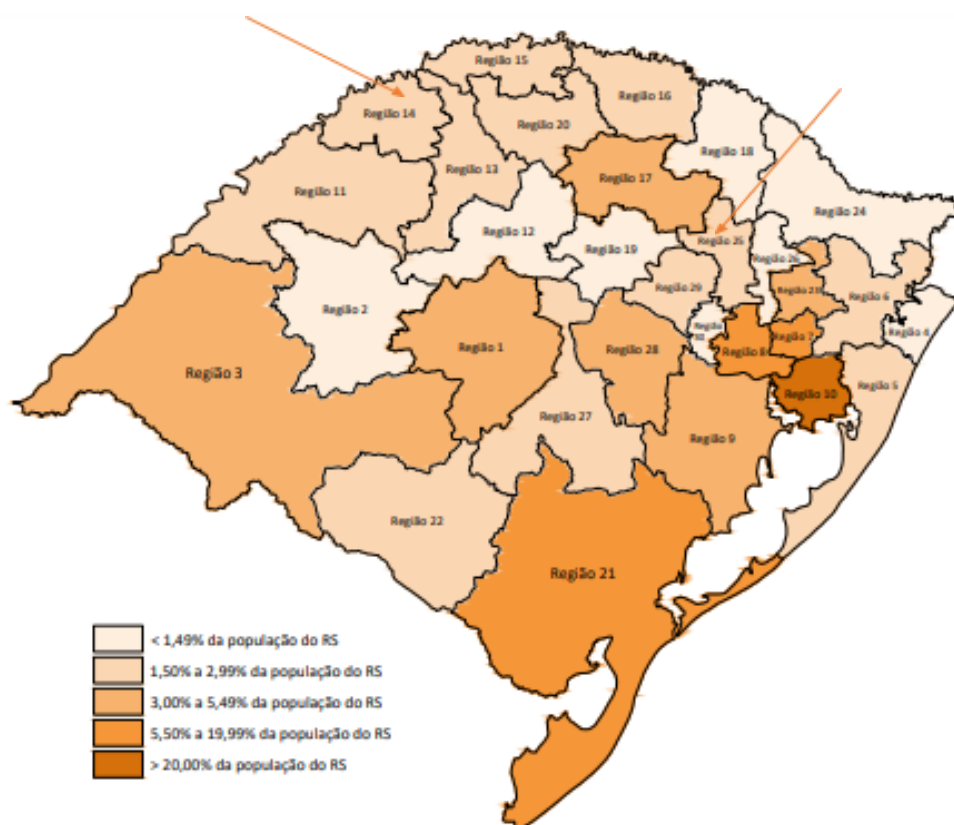
O Gráfico acima apresenta um Coeficiente Geral de Natalidade de 11,1 para a Região 25, no período de 2016 a 2020 sendo o município de Nova Araçá o que apresenta o maior valor em 2016, 2018, 2019 e 2020. Porém, o município de Vila Flores apresenta o maior valor em 2017. Na média há uma redução do coeficiente geral de natalidade assim como acontece com o RS e Região 14.

Em relação ao envelhecimento populacional o mapa da figura 5 apresenta distribuição da população idosa, por região de saúde em 2018.

A diminuição substantiva da mortalidade nas idades mais elevadas está fazendo com que, cada vez mais, um maior contingente populacional chegue às idades mais avançadas. Em 2010, os idosos com 80 anos ou mais de idade (longevos) representavam 1,9% (204.691) da população do RS; em 2019, esse grupo etário atingiu 2,7% (312.814) da população total. A expectativa é que esse percentual dobre na próxima década. A longevidade saudável é um resultado almejado do trabalho realizado pelo conjunto das políticas de saúde no RS, e considera não apenas a ausência ou o controle de doenças e de agravos, mas, principalmente, a manutenção da

autonomia e da independência funcional pelo máximo de tempo possível, evitando ou retardando o declínio da capacidade funcional e promovendo a qualidade de vida ao longo do processo de envelhecimento.

Figura 6: Distribuição da população idosa, por Região de Saúde, RS, 2018.

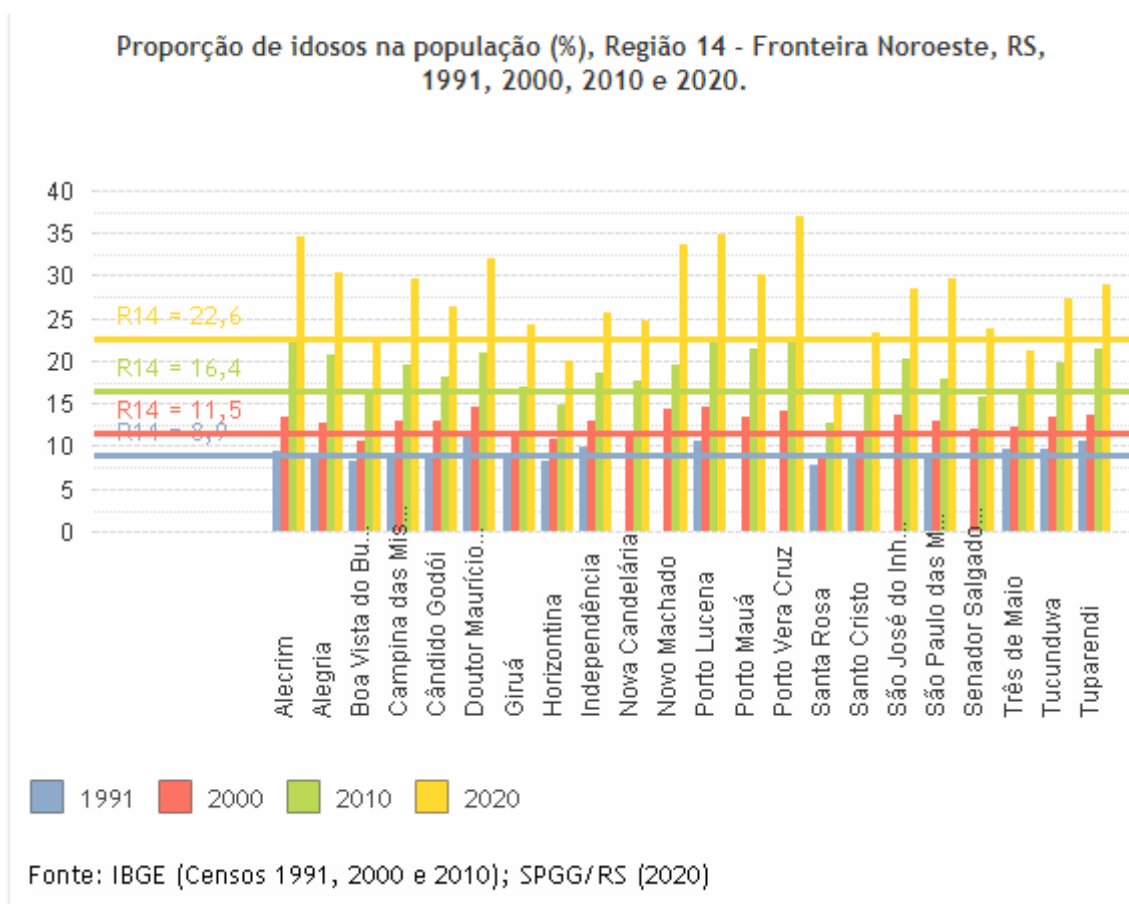


Fonte: Estimativas Populacionais DEE/RS - Revisão 2018.

Fonte: Extraído do Plano Estadual de Saúde RS, 2020-2023

A proporção da população idosa nas regiões 14 e 25 apresenta-se semelhante ao analisarmos o mapa acima. A seguir, os gráficos 3 e 4 apresentam a proporção de idosos nos municípios das duas regiões no período de 1991,2000,2010 e 2020.

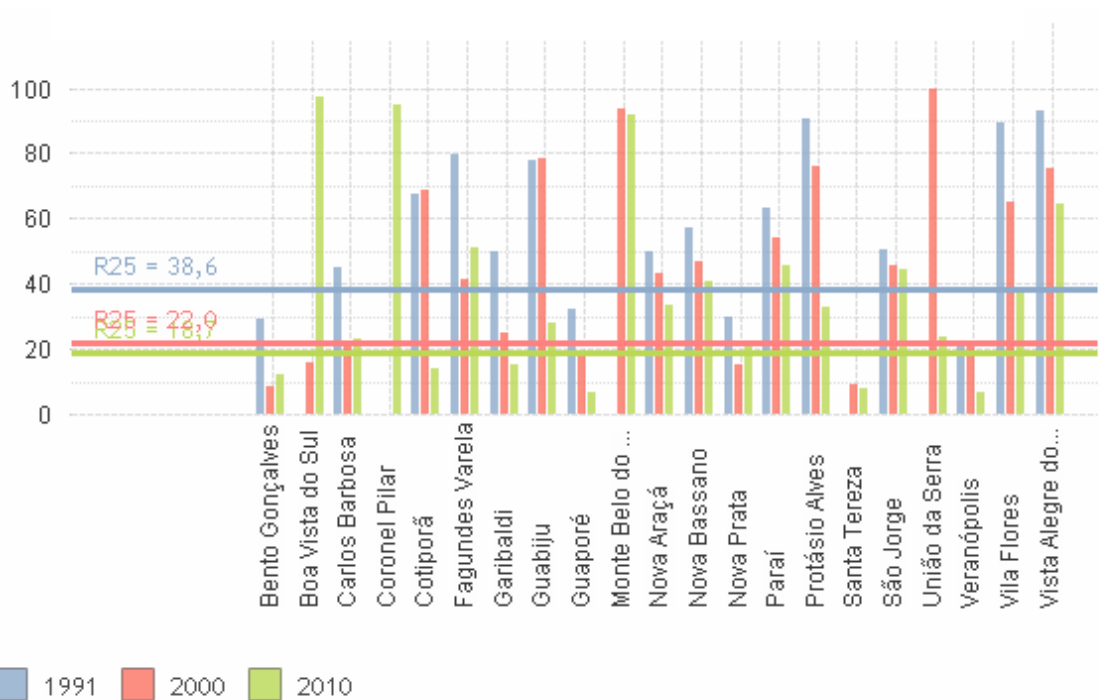
Gráfico 3: Proporção de Idosos na População (%), Região 14, RS, 1991, 2000, 2010,2020.



Fonte: Extraído do Painel BI RS, 2022.

A região 14 apresenta uma proporção de idosos de 8,9 % em 1991, 11,5% em 2000, 16,4% em 2010 e 22,6% em 2020 o que caracteriza um aumento de 153,93% da população idosa de 1991 a 2020. É possível visualizar no gráfico um aumento dessa população em todos os municípios da região 14. Os municípios da região com maior proporção de população idosa são Porto Vera Cruz, Porto Lucena e Alecrim.

Gráfico 4: Proporção de Idosos na População (%), Região 25, RS, 1991, 2000, 2010, 2020.

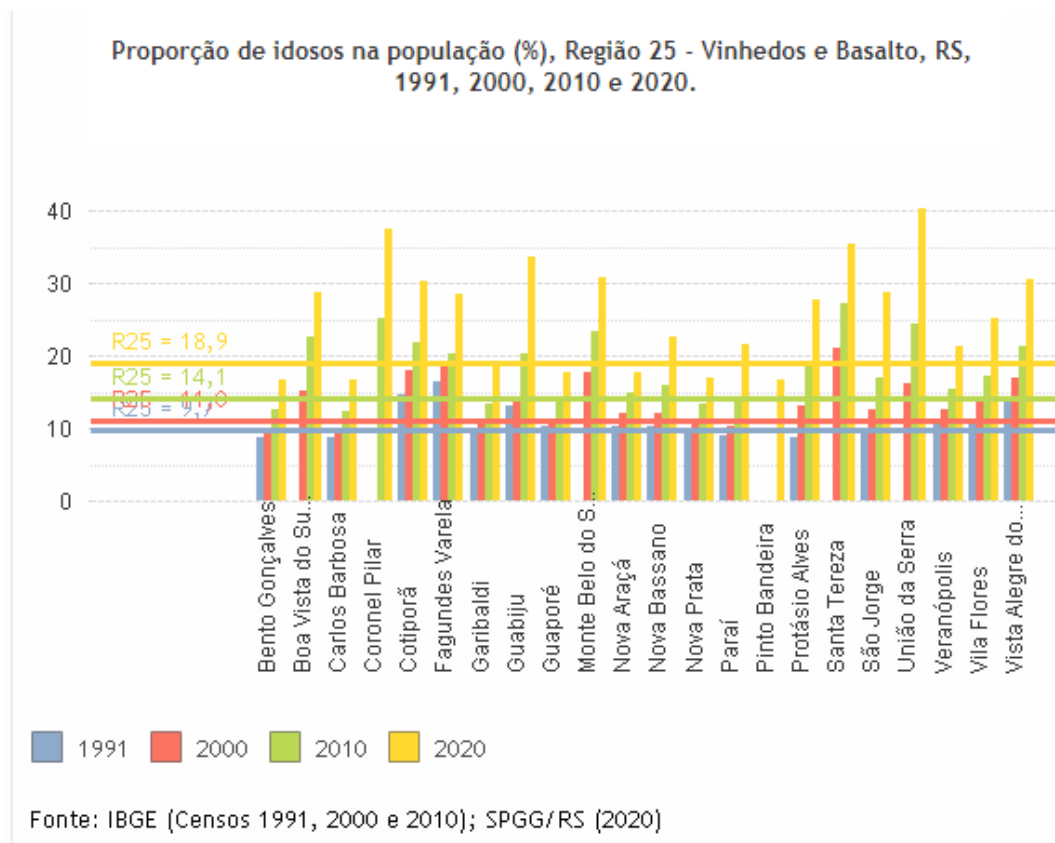


Fonte: IBGE (Censos 1991, 2000 e 2010)

Fonte: Extraído do Painel BI RS, 2022.

A Região 25 apresenta um percentual de disposição inadequada de esgotos domésticos muito menor que a Região 14. A Região 25 apresenta uma diminuição na indisposição de esgoto adequado ao longo dos anos, o que caracteriza uma melhora nesse indicador principalmente quando pensamos em condições de saúde da população. Em 1991 a região apresentava um percentual de 38,6% de esgoto inadequado, no ano 2000 ocorreu uma diminuição para 22,0% e em 2010 diminuiu ainda mais para 18,7%. Os municípios da Região 25 com menor valor para o indicador de esgoto inadequado são Guaporé, Santa Tereza e Vila Flores.

Associado aos determinantes e condicionantes também podemos comparar entre as regiões 14 e 25 a cobertura de coleta de lixo domiciliar. O lixo é o conjunto de resíduos resultantes da atividade humana. Nas situações em que o lixo é disposto de forma inadequada, em lixões a céu aberto, por exemplo, os problemas sanitários e ambientais são inevitáveis. Isso porque estes locais tornam-se propícios para a atração de animais que acabam por se constituírem em vetores de diversas doenças, especialmente para as populações que vivem da catação, uma prática comum nestes locais. Além do mais, são responsáveis pela poluição do ar, quando ocorre a queima dos



Fonte: Extraído do Painel BI, RS 2022.

A região 25 apresenta uma proporção de idosos de 9,0 % em 1991, 11% em 2000, 14,1% em 2010 e 18,9% em 2020 o que caracteriza um aumento de 110% da população idosa de 1991 a 2020. É possível visualizar no gráfico um aumento dessa população em todos os municípios da região 25. Os municípios da região com maior proporção de população idosa são União da Serra, Coronel Pillar e Santa Tereza.

Ao compararmos as duas regiões as mesmas apresentam aumento considerável dessa população conforme acontece com o RS, sendo que a região 14 apresenta o maior percentual em relação a região 25. Até o momento a avaliação realizada demonstra que as duas regiões possuem dados semelhantes, com uma pequena diferença no número da população que é maior na região 25 e em relação a proporção da população idosa teve um maior crescimento na região 14 apesar das duas regiões apresentarem crescimento de idosos e um menor número de coeficiente geral de natalidade em relação ao RS. O próximo capítulo trará informações relacionadas a determinantes e condicionantes do processo saúde-doença.

3.3A Importância dos Determinantes e Condicionantes do Processo Saúde-Doença.

A Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS), definiu determinantes sociais da saúde como “**as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham**”. Assim, as condições de vida mostram-se determinadas pelo lugar que cada um ocupa na hierarquia social.

Figura 7: Determinantes Sociais: Modelo de Dahlgren e Whitehead



Fonte: BUSS; PELLEGRINI, 2007

Esse modelo descreve as relações entre os fatores sociais e a saúde, considerando as perspectivas individuais e coletivas dispostas em camadas, conforme nível de abrangência, desde mais próximas aos indivíduos até camadas mais distantes, denominadas de macrodeterminantes (BUSS, PELEGRINI, 2007).

Essas condições relacionadas aos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença afetam diretamente a rede de atenção a saúde e as condições de saúde da população dos municípios o que impacta também no planejamento de ações e serviços em saúde e que precisam ser avaliadas pela gestão local considerando sempre as especificidades de cada território e, portanto, impactam também no financiamento da saúde.

A tabela 4 apresenta alguns dados e indicadores importantes relacionados aos determinantes e condicionantes em saúde como a tipologia do município, vulnerabilidade social, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) e Produto Interno Bruto (PIB) das Regiões 14 e 25 do RS.

Tabela 4: Dados da Região 14- Fronteiro Noroeste e Região 25- Vinhedos e Basalto: Tipologia IBGE, Vulnerabilidade Social, IDHM, PIB Per Capita.

Região 14 – Fronteira Noroeste				
Município	Tipologia IBGE (SISAB-2022)	Vulnerabilidade Social (IVS-2010)	IDHM (2010)	PIB Per capita (2019)
Alecrim	Rural Adjacente	40,98%	0,67	19.836,10
Alegria	Rural Adjacente	42,02%	0,69	32.016,16
Boa Vista do Buricá	Rural Adjacente	31,99%	0,76	36.628,33
Campina das Missões	Rural Adjacente	42,82%	0,73	29.782,50
Candido Godói	Rural Adjacente	36,02%	0,72	39.167,45
Doutor Maurício Cardoso	Rural Adjacente	37,60%	0,71	41.626,88
Giruá	Intermediário Adj	37,51%	0,72	50.398,98
Horizontina	Urbano	32,32%	0,78	90.082,54
Independência	Rural Adjacente	36,93%	0,69	45.536,00
Nova Candelária	Rural Adjacente	30,88%	0,76	61.357,32
Novo Machado	Rural Adjacente	44,93%	0,66	40.157,09
Porto Lucena	Rural Adjacente	45,74%	0,69	22.997,40
Porto Mauá	Rural Adjacente	44,59%	0,69	27.350,07
Porto Vera Cruz	Rural Adjacente	43,98%	0,69	25.347,90
Santa Rosa	Urbano	29,29%	0,77	43.564,15
Santo Cristo	Rural Adjacente	37,23%	0,73	41.951,41
São José do Inhacorá	Rural Adjacente	35,59%	0,75	51.513,97
São Paulo das Missões	Rural Adjacente	38,97%	0,69	27.904,62
Senador Salgado Filho	Rural Adjacente	36,20%	0,69	33.537,23
Três de Maio	Urbano	31,46%	0,76	46.448,67
Tucunduva	Rural Adjacente	34,12%	0,75	39.570,96
Tuparendi	Rural Adjacente	40,03%	0,73	37.621,00
Região 25 – Vinhedos e Basaltos				
Município	Tipologia IBGE (SISAB-2022)	Vulnerabilidade Social (IVS-2010)	IDHM (2010)	PIB Per capita (2019)
Bento Gonçalves	Urbano	21,70%	0,71	52.716,31
Boa Vista do Sul	Rural Adjacente	24,40%	0,66	31.240,16

Carlos Barbosa	Urbano	15,50%	0,72	92.970,37
Coronel Pillar	Rural Adjacente	24,40%	0,60	26.025,73
Cotiporã	Rural Adjacente	33,70%	0,65	40.852,06
Fagundes Varela	Rural Adjacente	20,50%	0,63	32.344,96
Garibaldi	Urbano	18,30%	0,71	67.965,25
Guabiju	Rural Adjacente	23,70%	0,67	48.050,98
Guaporé	Urbano	27,00%	0,67	36.897,65
Monte Belo do Sul	Urbano	25,30%	0,63	29.148,95
Nova Araça	Rural Adjacente	19,30%	0,73	51.277,10
Nova Bassano	Rural Adjacente	20,20%	0,67	60.329,08
Nova Prata	Urbano	22,20%	0,69	47.844,43
Paraí	Rural Adjacente	22,80%	0,68	41.171,38
Pinto Bandeira	Rural Adjacente			19.129,73
Protásio Alves	Rural Adjacente	18,60%	0,64	31.270,88
Santa Tereza	Rural Adjacente	16,10%	0,62	24.005,63
São Jorge	Rural Adjacente	20,10%	0,63	31.897,22
União da Serra	Rural Adjacente	26,40%	0,66	45.996,51
Veranópolis	Urbano	17,80%	0,70	59.023,52
Vila Flores	Rural Adjacente	20,60%	0,62	64.866,36
Vista Alegre do Prata	Rural Adjacente	34,90%	0,69	36.063,89

Fonte: Elaborada pela pesquisadora (Dados DataSUS, IBGE, IPEA)

A Região 14 possui 18 municípios de tipologia IBGE Rural Adjacente em uma proporção de 81,81%, três municípios Urbanos com 13,63% e um município intermediário adjacente que equivale a 4,54% do total de municípios da região. A Região 25 possui 15 municípios de tipologia Rural adjacente que equivale a 68,18% e sete municípios urbanos totalizando um percentual de 31,82%. As duas regiões têm maior predominância de municípios rurais adjacentes e um menor percentual de municípios urbanos. Porém a Região 25 apresenta mais municípios urbanos provavelmente pelo maior desenvolvimento industrial conforme discutido no histórico das regiões, além de possuir um maior quantitativo populacional.

Em relação a vulnerabilidade social a Região 14 apresenta um percentual médio de 37,78% sendo que os municípios com maior vulnerabilidade são Porto Lucena, Novo Machado e Porto Mauá. A Região 25 apresenta um percentual de vulnerabilidade médio de 21,52% sendo os municípios de maior vulnerabilidade Vista Alegre do Prata, Cotiporã e União da

Serra. A região 14 possui uma maior vulnerabilidade quando comparado com a Região 25.

O Índice de Desenvolvimento Humano ajusta o IDH para a realidade dos municípios e reflete as especificidades e desafios regionais no alcance do desenvolvimento humano no Brasil. Com as informações do Censo Demográfico (IBGE) de 1991, 2000 e 2010. A tabela 4 demonstra um IDHM médio de 0,72 para a Região 14 e para a Região 25 um IDHM médio de 0,64. Os municípios da Região 14 com maior IDHM são: Horizontina, Santa Rosa e Boa Vista do Buricá e os municípios de maior IDH da Região 25 são: Nova Araçá, Carlos Barbosa e Bento Gonçalves.

O PIB per capita apresentado na tabela é um indicador econômico bastante utilizado, que apresenta a soma de todos os bens e serviços (agropecuária, indústria e serviços) produzidos em uma área geográfica em um determinado período. Segundo os últimos dados disponibilizados pelo IBGE, em novembro/2019 a Região 14 apresenta um PIB per capita médio de R\$ 40.199,85 sendo os municípios de maior PIB são Horizontina, Nova Candelária e São José do Inhacorá. A Região 25 apresenta um PIB per capita médio de R\$ 44.140,37 e os municípios com maior PIB são: Carlos Barbosa, Garibaldi e Vila Flores.

3.4 Perfil de Condições Ambientais

Ao analisar a situação de saúde da população das Regiões 14 e 25 é necessário avaliar também as condições ambientais que são fatores determinantes e condicionantes da saúde da população, portanto com implicações diretas com a saúde e a qualidade de vida das pessoas.

A Lei Federal nº 14.026/2020 que atualiza o marco legal do saneamento básico e altera a Lei nº 9.984, de 17 de julho de 2000, para atribuir à Agência Nacional de Águas e Saneamento Básico (ANA) competência para editar normas de referência sobre o serviço de saneamento, no Art. 2º que:

L- universalização do acesso e efetiva prestação do serviço;

II - integralidade, compreendida como o conjunto de atividades e componentes de cada um dos diversos serviços de saneamento que propicie à população o acesso a eles em conformidade com suas necessidades e maximize a eficácia das ações e dos resultados;

III - abastecimento de água, esgotamento sanitário, limpeza urbana e manejo dos resíduos sólidos realizados de forma adequada à saúde pública, à conservação dos recursos naturais e à proteção do meio ambiente;

IV - disponibilidade, nas áreas urbanas, de serviços de drenagem e manejo das águas pluviais, tratamento, limpeza e fiscalização preventiva das redes, adequados à saúde pública, à proteção do meio ambiente e à segurança da vida e do patrimônio público e privado;

Segundo determina o Art. 4º § 3º da Lei 14.026/2020 que trata das normas de referência para a regulação dos serviços públicos de saneamento básico, que devem ser assegurados à população a oferta de prestação de serviços de água e esgotamento sanitário.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), saneamento básico é o controle de todos os fatores do meio físico que a população está exposta e que exercem ou podem exercer efeitos nocivos sobre o bem-estar físico, mental e social.

A importância da água de qualidade adequada e em quantidade suficiente para atender as necessidades das pessoas reflete na proteção de sua saúde, além de propiciar desenvolvimento social e econômico. O percentual da população com abastecimento adequado de água das Regiões 14 e 25 é apresentado nos gráficos a seguir.

Gráfico 5: Cobertura de Abastecimento de água para consumo com Desinfecção (%), Região 14, RS, 2014-2020.



Fonte: Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano - SISAGUA - DATASUS/MS

Fonte: Extraído do Painel BI RS, 2022.

A Região 14, possui um percentual médio de água para consumo com desinfecção de 88,3% em 2020, sendo os municípios com maior percentual Boa Vista do Buricá, Cândido Godói, Doutor Maurício Cardoso, São José do Inhamitanga, Senador Salgado Filho e Tuparendi. Os municípios com menor percentual em 2020 são Alecrim, Campinas das Missões e Novo Machado. Porém observa-se crescimento desse percentual ao longo do período analisado em todos os municípios da Região 14.

O Gráfico 6 apresenta o percentual da população com abastecimento adequado de água na Região 25.

Gráfico 6: Cobertura de Abastecimento de água para consumo com Desinfecção (%), Região 25, RS, 2014-2020.



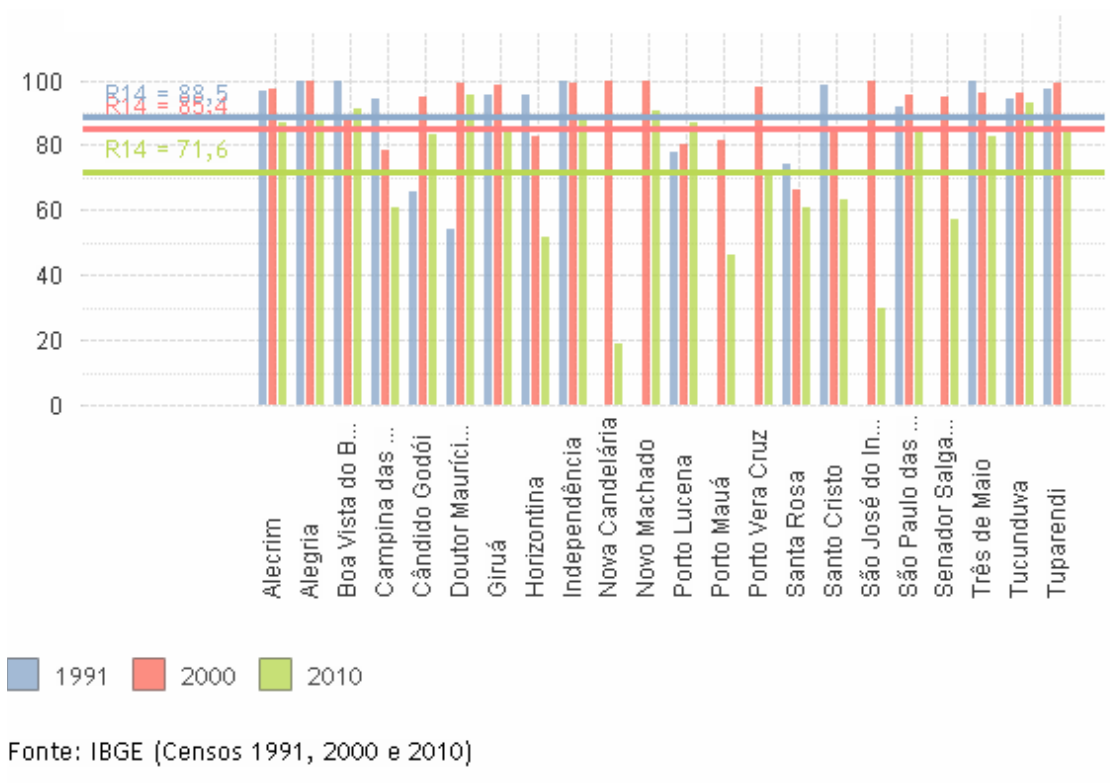
Fonte: Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano - SISAGUA - DATASUS/MS

Fonte: Extraído do Painel BI RS, 2022.

A Região 25, possui um percentual médio de água para consumo com desinfecção de 98,1% em 2020, sendo que a maioria dos municípios chega muito próximo desse valor médio. Observa-se crescimento desse percentual ao longo do período analisado em todos os municípios da Região 25. A Região 25 possui um percentual melhor quando comparado com a Região 14 em relação ao consumo de água com desinfecção.

Outro indicador de grande importância para a saúde da população e que está relacionado aos determinantes e condicionantes é a disposição inadequada de esgotos. Os Gráficos 7 e 8 apresentam o percentual da disposição inadequada de esgotos das Regiões 14 e 25.

Gráfico 7: Disposição inadequada de esgotos domésticos (%), Região 14, RS, 1991, 2000 e 2010.



Fonte: Extraído do Painel BI RS, 2022.

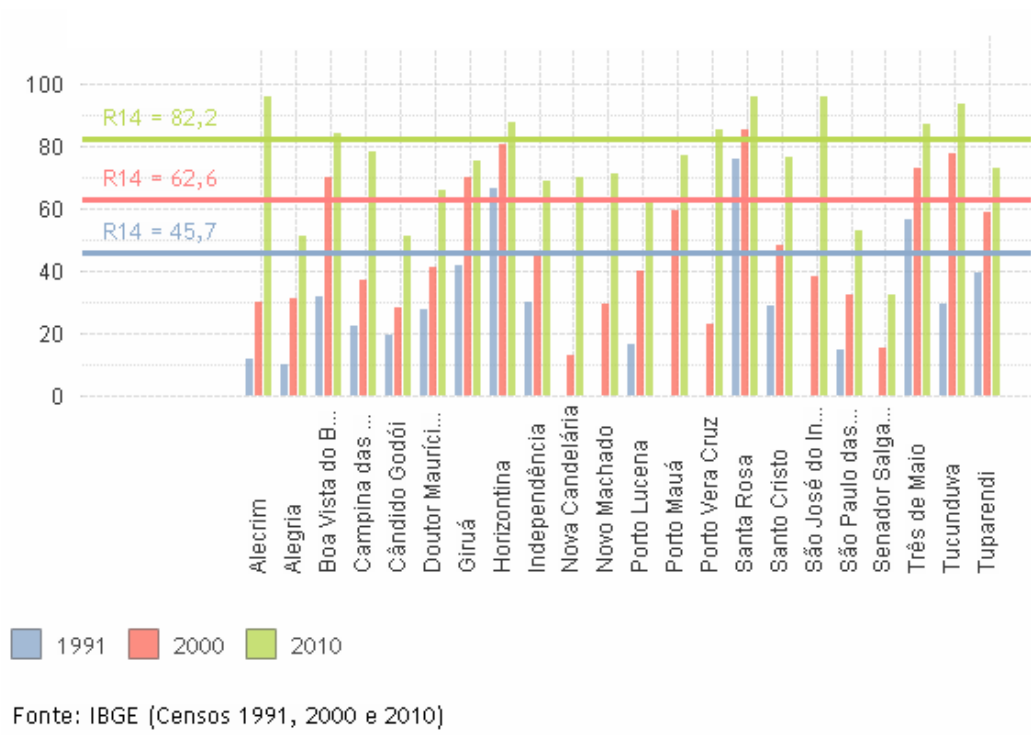
A Região 14 apresenta uma diminuição na indisposição de esgoto adequado ao longo dos anos, o que caracteriza uma melhora nesse indicador principalmente quando pensamos em condições de saúde da população. Em 1991 a região apresentava um percentual de 88,5% de esgoto inadequado, no ano 2000 ocorreu uma diminuição para 85,4% e em 2010 diminuiu ainda mais para 71,6%, porém esse valor ainda não é satisfatório se relacionarmos com os determinantes e condicionantes da saúde. Os municípios da Região com menor valor para o indicador de esgoto inadequado são Nova Candelária, São José do Inhacorá e Porto Mauá.

O Gráfico 8 apresenta a situação do percentual da disposição inadequada de esgotos da Região 25.

Gráfico 8: Disposição inadequada de esgotos domésticos (%), Região 25, RS, 1991, 2000 e 2010.

resíduos, do solo e das águas superficiais e subterrâneas (PORTAL DE RESÍDUOS SÓLIDOS, 2022). Os Gráficos a seguir demonstram a situação da cobertura da coleta de lixo nas Regiões 14 e 25.

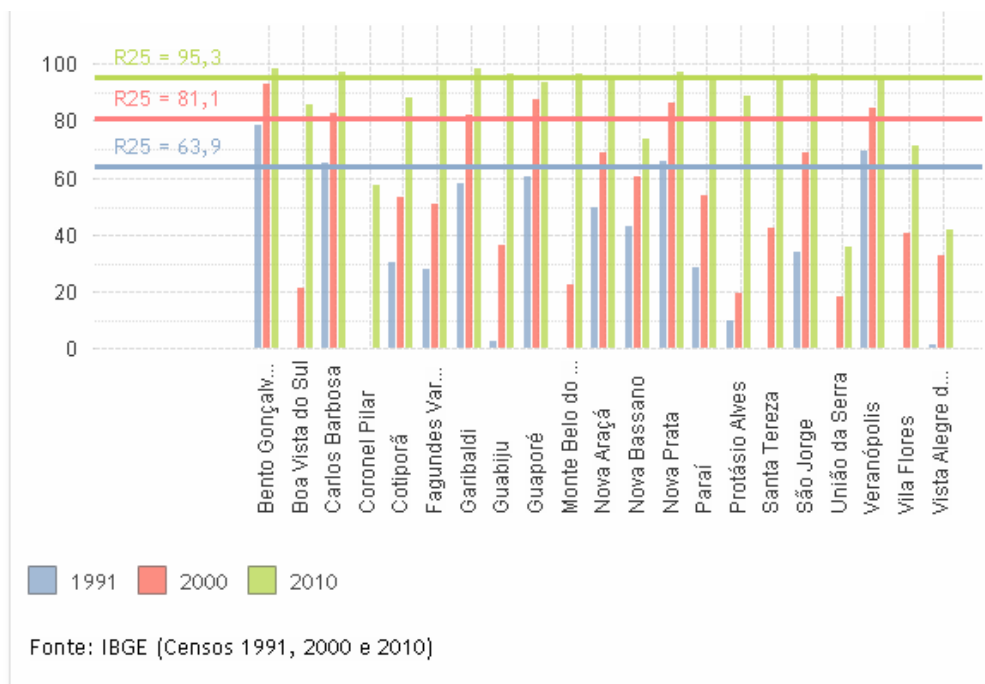
Gráfico 9: Percentual da Cobertura de Coleta de Lixo na Região 14, RS, 1991,2000 e 2010.



Fonte: Extraído do Painel BI RS, 2022.

Analisando o percentual de cobertura de coleta de lixo na Região 14 observa-se um crescimento gradual ao longo do período analisado, sendo que em 1991 apresentou um percentual de 45,7%, em 2000 ocorreu um aumento para 62,6% e em 2010 a região já apresentava um valor percentual de 82,2% havendo um aumento de 79,88% entre 1991 e 2010. Os municípios da Região 14 que apresentam um percentual acima da média para o ano de 2010 são Alecrim, Boa Vista do Buricá, Horizontina, Porto Vera Cruz, Santa Rosa, São José do Inhacorá, Três de Maio e Tucunduva. O Gráfico 10 apresenta os resultados para o indicador da coleta de lixo para a Região 25.

Gráfico 10: Percentual da Cobertura de Coleta de Lixo na Região 25, RS, 1991,2000 e 2010.



Fonte: Extraído do Painel BI RS, 2022.

Analisando o percentual de cobertura de coleta de lixo na Região 25 observa-se um crescimento gradual ao longo do período analisado, sendo que em 1991 apresentou um percentual de 63,9%, em 2000 ocorreu um aumento para 81,1% e em 2010 a região já apresentava um valor percentual de 95,3% havendo um aumento de 49,14% entre 1991 e 2010. Os municípios da Região 25 que apresentam um percentual acima da média para o ano de 2010 são Bento Gonçalves, Carlos Barbosa, Garibaldi e Nova Prata. Quando comparamos a Região 14 e a Região 25 verificamos que os municípios da Região 25 possuem um melhor desenvolvimento em relação ao percentual de cobertura de coleta de lixo ao longo dos períodos analisados.

3.5 Perfil de Indicadores Sociais

Um indicador importante para análise comparativa entre as duas regiões de saúde estudadas e, também, para as condições de saúde das populações de seus municípios está relacionado com a educação. A educação é sempre apontada, por especialistas e sociedade civil, como a melhor resposta para a resolução dos problemas da sociedade.

E, de fato, a educação proporciona uma melhor formação para os cidadãos, mais conscientes de seu papel social, mas também potencializa o

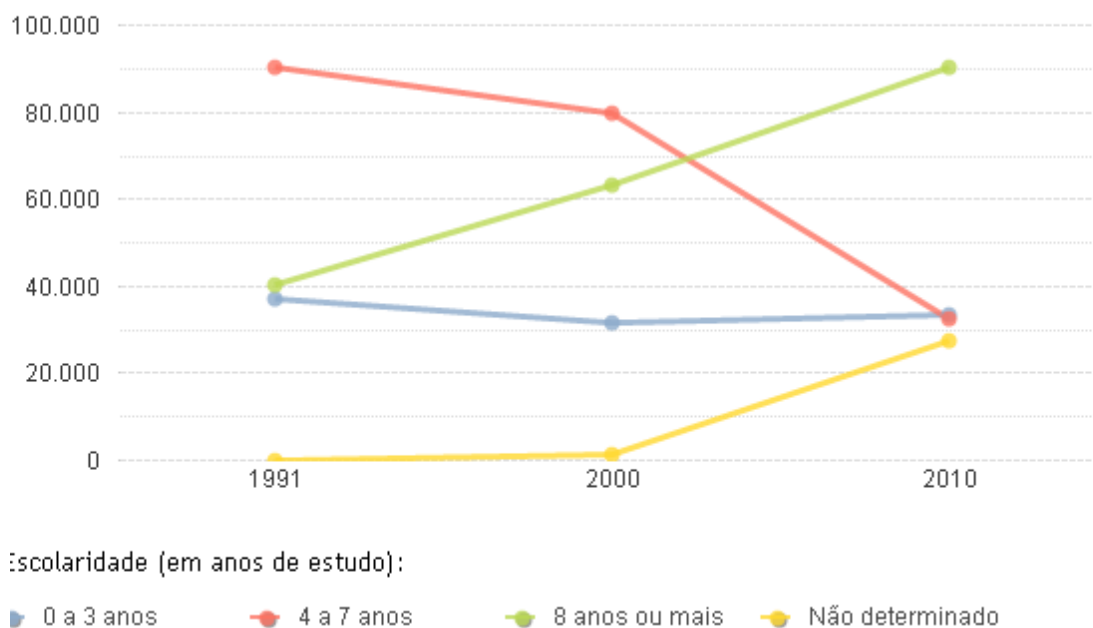
desenvolvimento da sociedade como um todo. Por meio do acesso à informação é que se tem alcançado progressos, inovações e melhorias para a humanidade. Diante desse papel fundamental da educação para o desenvolvimento, busca-se cada vez mais melhorar o acesso ao conhecimento, e que ele seja alcançado de forma qualificada, para que as pessoas consigam se desenvolver por si próprias e tenham condições de melhorar as suas vidas.

No Brasil, em 2019, segundo a Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD) havia 11 milhões de pessoas com 15 anos ou mais de idade analfabetos, o equivalente a uma taxa de analfabetismo de 6,6%. Dessas pessoas, 56,2% (6,2 milhões de pessoas) viviam na Região Nordeste e 21,7% (2,4 milhões de pessoas) na Região Sudeste. Em relação a 2018, houve uma redução de 0,2 pontos percentuais (p.p.) no número de analfabetos do País, o que corresponde a uma queda de pouco mais de 200 mil analfabetos em 2019.

Nota-se que, no Brasil, o analfabetismo está diretamente associado à idade. Quanto mais velho o grupo populacional, maior a proporção de analfabetos. Em 2019, eram quase 6 milhões de analfabetos com 60 anos ou mais, o que equivale a uma taxa de analfabetismo de 18,0% para esse grupo etário. Ao incluir, gradualmente, os grupos etários mais novos, observa-se queda no analfabetismo: para 11,1% entre as pessoas com 40 anos ou mais, 7,9% entre aquelas com 25 anos ou mais e 6,6% entre a população de 15 anos ou mais (PNAD, 2019).

Esses resultados indicam que as gerações mais novas estão tendo um maior acesso à educação e sendo alfabetizadas ainda enquanto crianças. Por outro lado, os analfabetos continuam concentrados entre os mais velhos e mudanças na taxa de analfabetismo para esse grupo se dão, em grande parte, devido às questões demográficas como, por exemplo, o envelhecimento da população. A seguir serão apresentados gráficos relacionados ao percentual de níveis de escolaridade na população de 15 anos ou mais nas Regiões 14 e 25.

Gráfico 11: Níveis de Escolaridade na população de 15 anos ou mais (%), Região 14, RS, 1991,2000 e 2010.

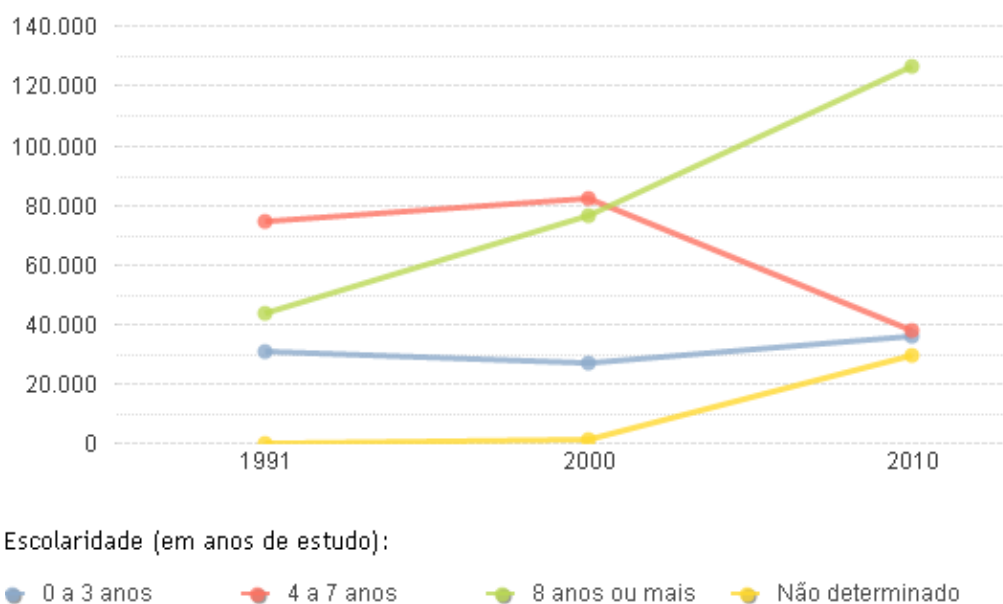


Fonte: IBGE (Censos 1991, 2000 e 2010)

Fonte: Extraído do Painel BI RS, 2022.

O gráfico 11 apresenta um decréscimo importante na escolaridade de 4 a 7 anos de estudo na região 14 de 2000 para 2010, porém há um aumento contínuo ao longo dos anos em relação ao tempo de 8 anos ou mais de estudos na Região 14 para a população de 15 anos ou mais e uma constante no período de 0 a 3 anos de estudos na região. O gráfico a seguir demonstra os dados da Região 25 referentes aos níveis de escolaridade da população de 15 anos ou mais.

Gráfico 12: Níveis de Escolaridade na população de 15 anos ou mais (%), Região 25, RS, 1991,2000 e 2010.



Fonte: IBGE (Censos 1991, 2000 e 2010)

Fonte: Extraído do Painel BI RS, 2022.

As distribuições do percentual no nível de escolaridade da população acima de 15 anos na região 25 se comportam de maneira semelhante as da Região 14, porém o quantitativo de população com acesso a educação na região 25 é maior que o da região 14 especialmente no período de escolaridade de 8 anos ou mais. A tabela a seguir demonstra dados relacionados as regiões em relação a Taxa de analfabetismo que compreende os períodos de 1991, 2000 e 2010.

Tabela 5: Taxa de Analfabetismo das Regiões 14 e 25, RS, 1991,2000 e 2010.

Região	1991	2000	2010
Região 14	8,3	5,9	4,4
Região 25	6,9	4,1	2,7
RS	9,5	6,2	4,4
Brasil	19,3	12,8	9,4

Fonte: Datasus, 2022.

A taxa de analfabetismo apresentada na tabela 5, demonstra que ao longo do tempo tanto o Brasil, quanto o RS e as duas Regiões de saúde estudadas tem uma diminuição da taxa de analfabetismo ao longo do período pesquisado. Conforme apresentada na tabela a Taxa de analfabetismo das

duas regiões de saúde 14 e 25 do RS apresentam uma menor taxa quando comparadas com o estado do RS e o Brasil. Quando as duas regiões, 14 e 25 são comparadas observa-se que a Região 25 tem uma menor taxa de analfabetismo.

Quando analisamos esses dados e relacionamos a pandemia de COVID-19 os reflexos na educação são imediatos. O abandono escolar aumentou durante a pandemia, seja pelo fator de acesso a educação pelo meio remoto ou pelas dificuldades financeiras familiares que obrigaram os estudantes ao auxílio de renda para a manutenção da economia familiar.

A Covid-19 é um agravante à evasão escolar, evidenciando a necessidade de ações de enfrentamento para combatê-la, especialmente nesse contexto de incertezas e diante dos impactos da pandemia sobre a educação (SOUZA< PEREIRA E RANKE, 2020). Um estudo da Organização Todos pela Educação realizado em 2021 demonstrou que cerca de **244 mil crianças e adolescentes entre 6 e 14 anos** estavam fora da escola no segundo trimestre de 2021, representando um aumento de 171% em comparação a 2019, quando 90 mil crianças estavam fora da escola.

3.6 Estatísticas Vitais por Região:

O Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) foram desenvolvidos pelo Ministério da Saúde para acompanhamento e análise epidemiológica para orientação da gestão na tomada de decisões e para construção de políticas públicas nessa área (OLIVEIRA, 2018).

O sistema de Informação sobre Nascidos Vivos tem como objetivo realizar o cadastramento das declarações de Nascidos Vivos (DN) para subsidiar o conhecimento da situação de saúde em relação aos nascimentos ocorridos no país. Ele ainda tem como objetivo aumentar a cobertura e a qualidade das informações possibilitando o melhor conhecimento da realidade socio sanitária e a possibilidade de atuar na resolução dos problemas de saúde da população (OLIVEIRA, 2018).

Os dados de mortalidade são registrados pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), desde sua implantação em 1975/1976. O Ministério da

Saúde responde pela coordenação nacional do sistema e o município pela alimentação com os dados das declarações de óbitos (DO). As causas de morte são codificadas de acordo com a Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão (CID 10).

As principais causas de óbito no Brasil (doenças cardiovasculares, causas externas e cânceres) estão associadas a fatores de risco como: hipertensão arterial, obesidade, sedentarismo, alimentação inadequada, tabagismo e consumo abusivo de álcool e outros. A tabela a seguir apresenta dados relacionados a Nascidos Vivos, mortalidade e número de óbitos por causas externas nos municípios das Regiões 14 e 25, no RS em 2019 e 2020.

Tabela 6: Estatísticas Vitais das Regiões 14 e 25, RS, 2019 e 2020.

Região 14						
Município	Nascidos Vivos 2019	Nascidos Vivos 2020	Mortalidade e 2019	Mortalidade e 2020	Óbitos Causas Ext. 2019	Óbitos Causas Ext. 2020
430030 Alecrim	49	49	80	87	8	10
430045 Alegria	40	28	40	38	4	2
430220 Boa Vista do Buricá	79	89	43	54	4	7
430370 Campina das Missões	45	68	67	59	4	3
430430 Cândido Godói	68	54	63	56	3	9
430673 Doutor Maurício Cardoso	37	38	60	57	2	0
430900 Giruá	188	181	126	167	8	8
430960 Horizontina	247	224	144	119	15	12
431040 Independência	61	59	69	55	1	4
431301 Nova Candelária	44	35	23	17	2	3
431342 Novo Machado	20	27	33	28	3	3
431500 Porto Lucena	32	37	50	49	4	4
431505 Porto Mauá	17	21	30	43	1	1
431507 Porto Vera Cruz	17	13	16	14	1	1
431720 Santa Rosa	1.060	989	563	562	50	58
431790 Santo Cristo	171	141	105	118	9	11
431849 São José do Inhacorá	17	20	19	22	2	0
431930 São Paulo das Missões	46	46	57	61	4	2
432032 Senador Salgado Filho	30	26	27	19	1	0
432180 Três de Maio	299	312	211	201	17	14

432210 Tucunduva	44	55	59	54	6	2
432230 Tuparendi	71	81	101	92	8	8
Total	2.682	2.593	1986	1972	157	162
Região 25						
Município	Nascidos Vivos 2019	Nascidos Vivos 2020	Mortalidade e 2019	Mortalidade e 2020	Obitos Causas Ext. 2019	Óbitos Causas Ext. 2020
430210 Bento Gonçalves	1.557	1.501	796	794	105	85
430225 Boa Vista do Sul	26	23	25	19	3	4
430480 Carlos Barbosa	373	329	160	151	9	9
430593 Coronel Pilar	9	12	14	11	1	2
430595 Cotiporã	35	27	38	33	2	2
430786 Fagundes Varela	19	23	26	21	3	0
430860 Garibaldi	379	393	243	219	31	25
430925 Guabiju	19	8	15	12	0	2
430940 Guaporé	326	332	190	188	18	15
431238 Monte Belo do Sul	24	26	31	28	3	4
431280 Nova Araçá	74	96	37	33	3	2
431290 Nova Bassano	83	82	64	64	1	4
431330 Nova Prata	328	344	180	153	24	14
431400 Paraí	66	87	40	48	6	5
431454 Pinto Bandeira	29	34	16	16	1	2
431517 Protásio Alves	14	13	18	21	2	2
431725 Santa Tereza	12	9	15	18	1	0
431844 São Jorge	22	20	28	16	1	0
432235 União da Serra	8	9	8	12	1	0
432280 Veranópolis	269	244	191	167	19	12
432330 Vila Flores	32	37	33	23	5	3
432360 Vista Alegre do Prata	18	9	15	18	3	3
Total	3722	3.658	2183	2065	242	195

Fonte: DataSUS, 2022.

Em relação aos nascidos vivos observa-se que a Região 25 apresentou um número maior de nascidos vivos nos períodos avaliados, porém entre os anos pesquisados as duas regiões apresentaram uma diminuição no número total de nascidos vivos sendo 3,32% na região 14 e 1,72% na região 25 entre os anos de 2019 e 2020. Na Região 14 os municípios com maior número de nascidos vivos foram Santa Rosa (38,14%), Três de Maio (12,03%),

Horizontina (8,64%) e Giruá (6,99%) e na Região 25 Bento Gonçalves (41,03%), Garibaldi (10,74%), Nova Prata (9,40%) e Carlos Barbosa (8,99%).

Ao verificar o indicador de mortalidade geral nas regiões pesquisadas observa-se que assim como o número de nascidos vivos a mortalidade também apresenta uma diminuição entre os anos de 2019 e 2020 em um percentual de 0,71% na Região 14 e 5,41% na Região 25.

Os óbitos por causas externas tiveram uma diminuição na Região 25 e aumentaram na região 14. Os municípios de Santa Rosa, Três de Maio e Horizontina são os municípios da Região 14 com maior número de óbitos por causas externas. Na Região 25 os municípios com maior número de óbitos por causas externas são Bento Gonçalves, Garibaldi e Guaporé. Juntos esses municípios das duas regiões totalizam 51,85% de óbitos por causas externas na Região 14 e 64,10% na Região 25.

A tabela a seguir possibilita a análise de óbitos por residência por Capítulo do CID 10 nas Regiões 14 e 25, RS, 2019 e 2020.

Tabela 7: Óbitos Por Residência pelo capítulo do CID 10 nas Regiões 14 e 25, RS, 2019 e 2020.

Região 25	2019	2020
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	53	302
II. Neoplasias (tumores)	535	462
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	3	9
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	152	155
V. Transtornos mentais e comportamentais	14	13
VI. Doenças do sistema nervoso	112	99
IX. Doenças do aparelho circulatório	513	422
X. Doenças do aparelho respiratório	229	124
XI. Doenças do aparelho digestivo	142	116
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	5	12
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	11	14
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	58	50
XV. Gravidez parto e puerpério	1	2
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	22	20
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	12	14
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	79	56
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	242	195
Total	2183	2065
Região 14	2019	2020
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	45	174
II. Neoplasias (tumores)	456	456

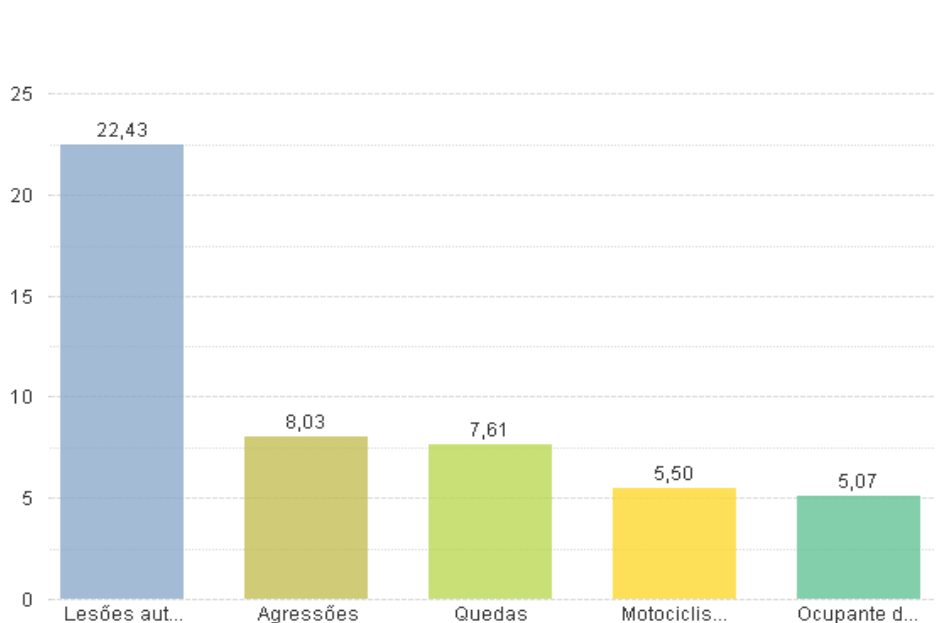
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	3	3
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	146	107
V. Transtornos mentais e comportamentais	21	26
VI. Doenças do sistema nervoso	94	90
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide	2	0
IX. Doenças do aparelho circulatório	551	556
X. Doenças do aparelho respiratório	279	172
XI. Doenças do aparelho digestivo	100	94
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2	7
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	6	2
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	78	74
XV. Gravidez parto e puerpério	4	0
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	16	14
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	8	7
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	18	28
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	157	162
Total	1986	1972

Fonte: Tabela elaborada pela pesquisadora, a partir dos dados extraídos do DataSUS.

Os dados apresentados na tabela acima seguem o mesmo comportamento da mortalidade geral vista anteriormente, ocorrendo uma diminuição no número de óbitos das duas regiões estudadas entre os anos de 2019 e 2020. As principais causas de mortes na Região 14 são doenças do aparelho circulatório em um percentual de 28,19%, Neoplasias (Tumores) em um percentual de 23,12% e algumas doenças infecciosas e parasitárias com 8,82% do total da região.

Na Região 25 as principais causas aparecem como Neoplasias (Tumores) em um percentual de 22,37%, doenças do aparelho circulatório em um percentual de 20,43% e algumas doenças infecciosas e parasitárias com 14,62%. As doenças do aparelho respiratório vêm em quarto lugar causando certa estranheza já que em 2020 tivemos muitos casos de mortes causadas pela COVID-19, porém ainda não estão apresentados os dados de 2021 no Datasus. Os Gráficos 13 e 14 detalham a taxa de mortalidade pelos 5 principais grupos de causas externas nas Regiões 14 e 25.

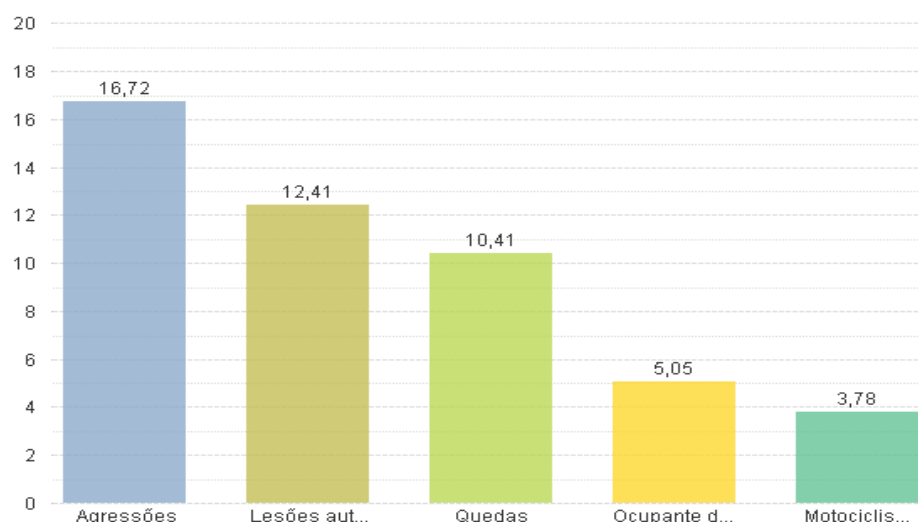
Gráfico 13: Taxa de Mortalidade por causas externas, 5 principais grupos (100.000 habitantes), Região 14, RS, 2020.



Fonte: Painel BI RS, 2022

É possível observar que a taxa de mortalidade por lesões autoprovocadas é a maior causa de óbitos da Região 14, seguida de Agressões, Quedas, Motociclistas e ocupantes de automóveis. Esse é um dado importantíssimo e que impacta diretamente na rede assistencial de saúde da região. O gráfico a seguir traz informações sobre a taxa de mortalidade por causas externas na região 25, que apresenta um comportamento um pouco diferente da região 14.

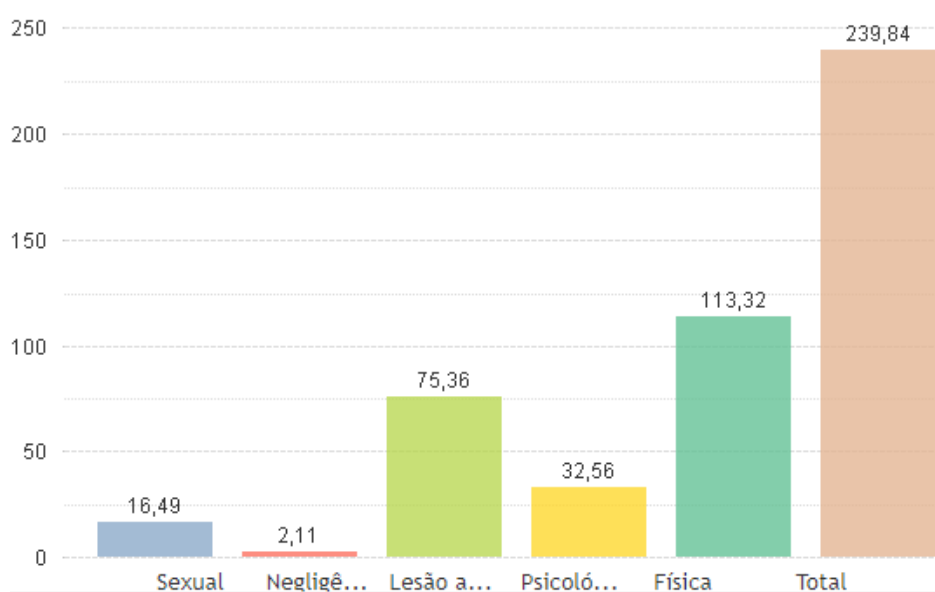
Gráfico 14: Taxa de Mortalidade por causas externas, 5 principais grupos (100.000 habitantes), Região 25, RS, 2020.



Fonte: Painel BI RS, 2022

A Região 25 apresenta como maior taxa de mortalidade por causas externas as Agressões seguida de Lesões Autoprovocadas, quedas Ocupantes de automóveis e motociclistas. As regiões apresentam comportamentos diferentes demonstrando maiores taxas na Região 14 que as da Região 25. Outro indicador interessante de ser analisado nesse processo é a taxa de notificação por tipo de violência que será apresentada nos gráficos a seguir.

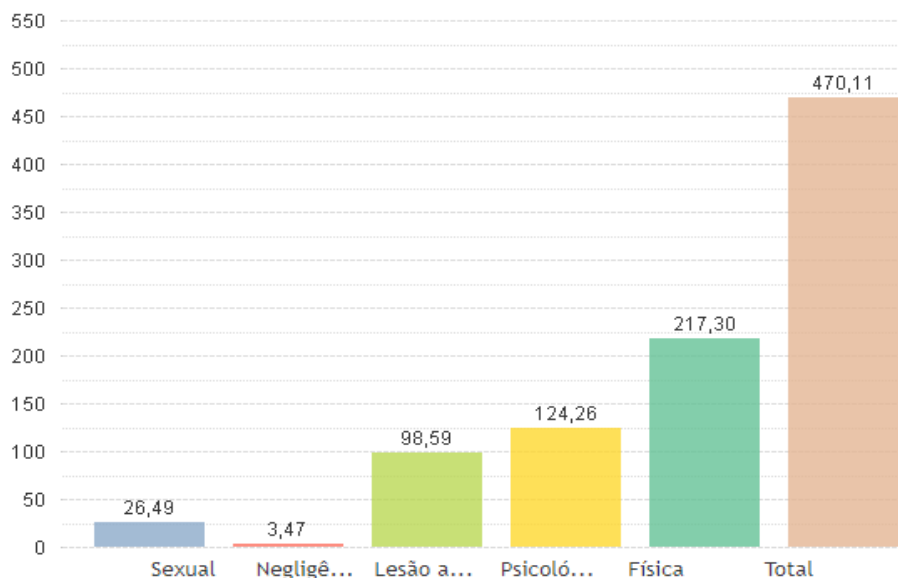
Gráfico 15: Taxa de Notificação por tipo de violência (100.000 habitantes), Região 14, RS, 2020.



Fonte: Painel BI RS, 2022

O gráfico acima apresenta como maior taxa de notificações por tipo de violência a violência física seguida de Lesão por arma, Violência psicológica, Sexual e negligências na Região 14, totalizando uma taxa total de 239,84 notificações por 100.000 habitantes. A seguir o gráfico da Região 25 será apresentado com um comportamento um pouco diferente da Região 14.

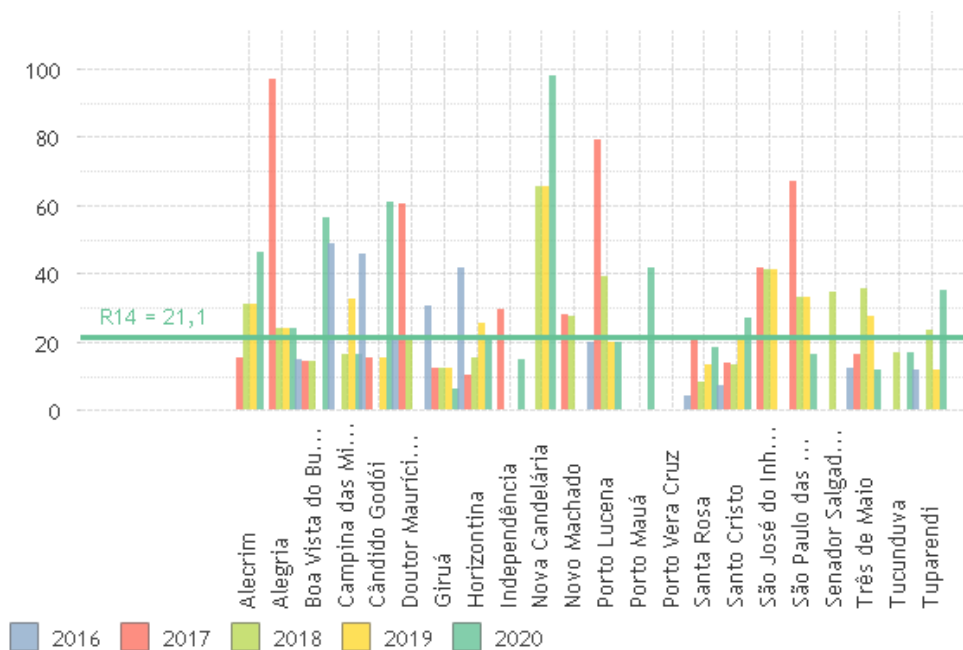
Gráfico 16: Taxa de Notificação por tipo de violência (100.000 habitantes), Região 25, RS, 2020.



Fonte: Painel BI RS, 2022

A Região 25 apresenta um total de 470,11 notificações por 100.000 habitantes, sendo a Violência Física com maior número de notificações seguida de Violência Psicológica, lesão por armas, violência sexual e negligência. Os Gráficos a seguir apresentam a Taxa de Mortalidade por suicídio nas Regiões 14 e 25.

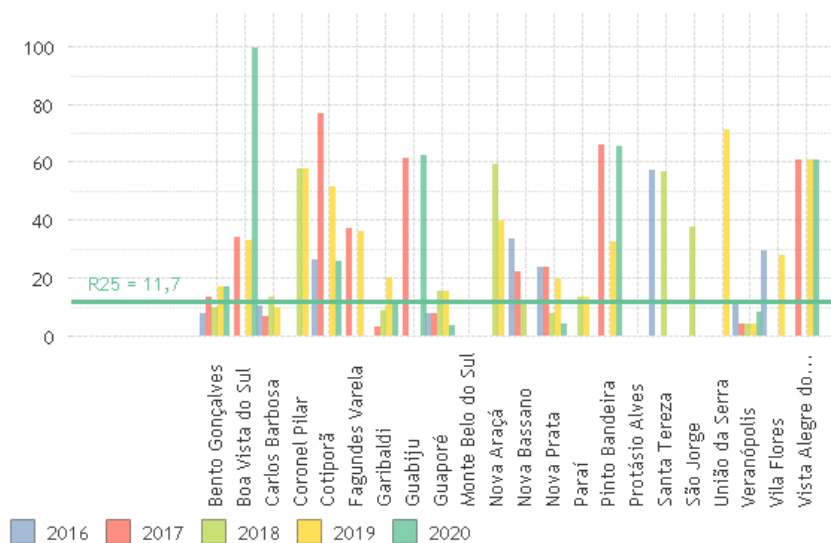
Gráfico 17: Taxa de Mortalidade por suicídio (100.000 habitantes), Região 14, RS, 2016 a 2020.



Fonte: Painel BI RS, 2022

Os dados de taxa de mortalidade por Suicídio na região 14 apresentam uma média de 21,1 óbito por suicídio por 100.000 habitantes no ano de 2020. Os municípios da região apresentam uma tendência de aumento dessa taxa ao longo dos períodos pesquisados, sendo que o município de Nova Candelária apresenta a maior taxa. O Gráfico 18 apresenta a taxa de mortalidade por suicídio da região 25.

Gráfico 18: Taxa de Mortalidade por suicídio (100.000 habitantes), Região 25, RS, 2016 a 2020.



Fonte: Painel BI RS, 2022

Avaliando as taxas de mortalidade por suicídio observa-se uma taxa de 11,7 óbitos por 100.000 habitantes na região 25, sendo o município de Boa Vista do Sul o que apresenta a maior taxa de mortalidade por suicídio na Região 25. Podemos observar que nas duas regiões esse indicador aparece com maiores taxas em municípios de pequeno porte e difere da taxa de mortalidade geral que aparece em número maior em municípios de maior porte. Esse também se torna importante a ser investigado para pensar em criação de políticas públicas e para um maior entendimento do que realmente acontece com essas populações em seus territórios.

Até aqui podemos comparar as duas Regiões frente a diversos indicadores demográficos, de determinantes e condicionantes de saúde, ambientais e de perfil relacionado a estatísticas vitais. Até aqui percebe-se que a Região 14 é menos populosa que a Região 25, que a Região 14 apresenta atividades ligadas a agricultura, principalmente da soja, milho e trigo além da produção de suínos e industrialmente investe nas tecnologias relacionadas a colheita de grãos e frigoríficos. Já a Região 25 investe principalmente na produção de uva para a indústria de vinhos e espumantes, é uma região industrializada (móveis, automotiva, etc) e que investe no turismo. Em relação aos indicadores ambientais e de saneamento a Região 25 apresenta dados de maiores avanços, ou investimentos em relação a indicadores como recolhimento de lixo, tratamento de esgotos e água para consumo.

Em relação a indicadores socioeconômicos a região 25 apresenta também uma maior evolução em relação a região 14. Em relação as estatísticas vitais as regiões tem comportamento semelhante aparecendo poucas diferenças relacionadas a taxa de mortalidade por causas externas. No próximo capítulo a análise será realizada em relação a rede de serviços das regiões e em especial o perfil de investimento de recursos em cada uma das regiões

4. Análise da Capacidade Instalada da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e dos Incentivos Financeiros

Para continuidade da análise das regiões e como se comportam em relação ao financiamento da APS é de extrema importância conhecermos o funcionamento e os investimentos na rede de serviços dos municípios de cada uma delas. No capítulo anterior foram abordados os dados epidemiológicos, sociais e demográficos o que possibilitou compreender quem é a população dessas regiões e como os indicadores avaliados influenciam na realidade da saúde dessas pessoas. A partir do estudo dos dados da rede de serviços dessas regiões será possível entender quais as potências e dificuldades das regiões em relação ao acesso a rede de atenção a saúde da população das regiões em estudo. Para que isso seja possível há necessidade de revisitarmos alguns conceitos importantes, como território, modelo de atenção e rede de atenção à saúde.

A Rede de Atenção à Saúde, compreende arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

A Organização Mundial da Saúde considera que a RAS contém seis modalidades de integração: um conjunto amplo de intervenções preventivas e curativas para uma população; os espaços de integração de vários serviços; a atenção à saúde contínua, ao longo do tempo; a integração vertical de diferentes níveis de atenção; a vinculação entre a formulação da política de saúde e a gestão; e o trabalho intersetorial. A partir dessas modalidades produz uma conceituação de serviços integrados de saúde como “a gestão e a oferta de serviços de saúde de forma a que as pessoas recebam um contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com as suas necessidades, ao longo do tempo e por meio de diferentes níveis de atenção à saúde” (WHO, 2008).

Os elementos constitutivos de uma rede de atenção à saúde são: a população, a estrutura populacional e o modelo de atenção à saúde. A população é o principal elemento de uma rede de saúde e está sob responsabilidade sanitária e econômica de um território específico, seja ele um

país, estado, município ou bairro. É a partir das características sociais, epidemiológicas, econômicas, culturais, entre outras, de um determinado território que são planejadas e constituídas as RAS.

A atenção à saúde baseada na população é a habilidade de um sistema em estabelecer as necessidades de saúde de uma população específica, sob sua responsabilidade, segundo os riscos, de implementar e avaliar as intervenções sanitárias relativas a essa população e de prover o cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura e de suas preferências (MENDES, 2010)

Para conhecer a população de uma rede de atenção a saúde é muito importante que se realize o processo de territorialização em saúde definido como o processo de reconhecimento do território. Pode ser visto como uma prática, um modo de fazer, uma técnica que possibilita o reconhecimento do ambiente, das condições de vida e da situação de saúde da população de determinado território, assim como o acesso dessa população a ações e serviços de saúde, viabilizando o desenvolvimento de práticas de saúde voltadas à realidade cotidiana das pessoas.

O processo de territorialização é um processo de habitar e vivenciar um território, uma técnica e um método de obtenção e análise de informações sobre as condições de vida e saúde de populações, um instrumento para se entender os contextos de uso do território em todos os níveis das atividades humanas (econômicos, sociais, culturais, políticos etc.) e um caminho metodológico de aproximação e análise sucessivas da realidade para a produção social da saúde” (GODIM, 2011).

O segundo elemento constitutivo das redes de atenção à saúde é a estrutura operacional, constituída pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós (MENDES, 2010)

A estrutura operacional das redes de atenção à saúde compõe-se de cinco componentes: o centro de comunicação, a atenção primária à saúde; os pontos de atenção secundários e terciários; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança da rede de atenção à saúde. Os três primeiros correspondem aos nós das redes e o quarto, às ligações que comunicam os diferentes nós. E o quinto, o componente que governa as relações entre os quatro primeiros (MENDES, 2010)

O modelo de atenção à saúde é quem constitui o terceiro elemento da RAS:

Os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade. A necessidade de se mudarem os sistemas de atenção à saúde para que possam responder com efetividade, eficiência e segurança a situações de saúde dominadas pelas condições crônicas levou ao desenvolvimento dos modelos de atenção à saúde. Há modelos de atenção à saúde para as condições agudas e crônicas (MENDES,2010).

O Ministério da Saúde, (2010) explicita os atributos de uma RAS: população e território definidos com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências que determinam a oferta de serviços de saúde; extensa gama de estabelecimentos de saúde que presta serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos e integra os programas focalizados em doenças, riscos e populações específicas, os serviços de saúde individuais e os coletivos; APS estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde; prestação de serviços especializados em lugar adequado; existência de mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial por todo o contínuo da atenção; atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade, tendo em conta as particularidades culturais, gênero, assim como a diversidade da população; sistema de governança único para toda a rede com o propósito de criar uma missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a região de saúde; definir objetivos e metas que devam ser cumpridos no curto, médio e longo prazo; articular as políticas institucionais; desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e das organizações; participação social ampla; gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico; recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede;

sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com identificação de dados por sexo, idade, lugar de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes; financiamento tripartite, garantido e suficiente, alinhado com as metas da rede; ação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde; e gestão baseada em resultados.

Ainda existem muitos desafios ao SUS quando analisamos os conceitos teóricos de RAS e os comparamos com o que acontece na prática. Uma pergunta a ser feita aos gestores e a própria população de um determinado território está relacionada a qual modelo de atenção se quer praticar e como devem ser organizados os serviços de saúde ofertados a uma determinada população. Desafios como o trajeto do usuário pelo sistema, fluxo de informações, sistemas de informação que não se comunicam de maneira eficiente, dificuldades na implantação das ações da APS e na distribuição e disponibilidade em relação aos serviços de maior complexidade, fragilidades nos processos de trabalho das equipes, excesso de demandas da APS, dificuldades na organização dos serviços desde a implantação do acolhimento, organização de demandas, estruturação de protocolos e fluxos de encaminhamentos a outros níveis de complexidade e densidade tecnológica e a grande dificuldade da participação popular nas decisões e pactuações principalmente em nível local.

Nesse capítulo analisaremos a capacidade instalada da Rede de Atenção à saúde das Regiões 14-Fronteira Noroeste e 25-Vinhedos e Basalto, que são as regiões analisadas por essa pesquisa. Além disso, também serão avaliados os recursos financeiros recebidos e aplicados na APS das duas regiões para que posteriormente seja possível a análise dos efeitos do Programa Previne Brasil nessas regiões.

4.1 Capacidade Instalada da Rede de Atenção à Saúde (RAS) das Regiões 14-Fronteira Noroeste e 25-Vinhedos e Basalto:

Para que as RAS sejam efetivas é necessário organizar regionalmente os serviços de saúde, para que a integralidade do cuidado aconteça dentro da

própria região ou de forma macrorregional. Para isso é necessário pensar em planejamento municipal e regional e assim proporcionar através de pactuações regionais e estaduais o compartilhamento dos cuidados em diversos níveis de complexidade. A seguir serão apresentados os dados relacionados a capacidade instalada relacionada aos estabelecimentos de saúde dos municípios das regiões pesquisadas. A tabela a seguir apresenta todos os serviços de saúde dos 22 municípios da região 14- Fronteira Noroeste:

Tabela 8: Estabelecimentos de saúde da Região 14 – Fronteira Noroeste, cadastrados no CNES por tipo de unidades.

Município	DESCRIÇÃO	TOTAL
Alecrim	Centro de Saúde/Unidade Básica	1
	Policlínica	1
	Hospital Geral	1
	Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT Isolado)	4
	Central de Gestão em Saúde	1
	TOTAL	8
Alegria	Centro de Saúde/Unidade Básica	1
	Consultório Isolado	3
	Clínica/Centro de Especialidades	5
	Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT Isolado)	1
	Central de Gestão em Saúde	1
	Centro de Apoio a Saúde da Família	1
	Pronto Atendimento	1
TOTAL	13	
Boa Vista do Buricá	Centro de Saúde/Unidade Básica	2
	Consultório Isolado	21
	Clínica/Centro de Especialidades	2
	Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT Isolado)	3
	Hospital Geral	1
	Central de Gestão em Saúde	1
	Centro de Apoio a Saúde da Família	1
	Unidade Móvel de Nível Pré-Hospitalar na Área de Urgência	1
	Polo de Prevenção de Doenças e Agravos e Promoção a Saúde	2
	TOTAL	34
Campina das Missões	Posto de Saúde	1
	Policlínica	1
	Hospital Geral	1
	Consultório Isolado	15
	Clínica/Centro de Especialidades	1
	Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT Isolado)	2
	Central de Gestão em Saúde	1
	TOTAL	22
Cândido Godói	Centro de Saúde/Unidade Básica	1
	Hospital Geral	1
	Consultório Isolado	1
	Clínica/Centro de Especialidades	5
	Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT Isolado)	4
	Unidade Móvel de Nível Pré-Hospitalar na Área de Urgência	1
	Central de Gestão em Saúde	1
	TOTAL	14

Doutor Maurício Cardoso	Posto de Saúde	1
	Centro de Saúde/Unidade Básica	1
	Consultório Isolado	3
	Clínica/Centro de Especialidades	1
	Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT Isolado)	3
	Central de Gestão em Saúde	1
	TOTAL	10
Giruá	Centro de Saúde/Unidade Básica	5
	Policlínica	2
	Hospital Geral	1
	Consultório Isolado	22
	Clínica/Centro de Especialidades	14
	Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT Isolado)	2
	Unidade Móvel de Nível Pré-Hospitalar na Área de Urgência	1
	Farmácia	2
	Central de Gestão em Saúde	1
	Centro de Atenção Psicossocial	1
	Centro de Apoio a Saúde da Família	1
	TOTAL	52
Horizontalina	Posto de Saúde	1
	Centro de Saúde/Unidade Básica	6
	Policlínica	7
	Hospital Geral	2
	Consultório Isolado	25
	Clínica/Centro de Especialidades	12
	Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT Isolado)	5
	Unidade Móvel de Nível Pré-Hospitalar na Área de Urgência	1
	Farmácia	2
	Central de Gestão em Saúde	1
	Centro de Atenção Psicossocial	1
	Centro de Apoio a Saúde da Família	1
TOTAL	64	
Independência	Posto de Saúde	2
	Centro de Saúde/Unidade Básica	2
	Policlínica	3
	Consultório Isolado	2
	Clínica/Centro de Especialidades	1
	Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT Isolado)	1
	Farmácia	2
	Central de Gestão em Saúde	1
	Centro de Atenção Hemoterapia ou Hematologia	2
	Centro de Apoio a Saúde da Família	1
	Pronto Atendimento	1
	Central de Notificação, captação e distribuição de órgão estadual	1
	TOTAL	19
Nova Candelária	Posto de Saúde	1
	Consultório Isolado	1
	Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT Isolado)	2
	Central de Gestão em Saúde	1
	Laboratório de Saúde Pública	2
	TOTAL	7
Novo Machado	Posto de Saúde	1
	Centro de Saúde/Unidade Básica	2
	Clínica/Centro de Especialidades	1
	Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT Isolado)	2
	Central de Gestão em Saúde	1
	Centro de Apoio a Saúde da Família	1
	Polo Academia de Saúde	1
TOTAL	9	

Porto Lucena	Centro de Saúde/Unidade Básica	3
	Hospital Geral	1
	Consultório Isolado	2
	Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT Isolado)	3
	Centro de Apoio a Saúde da Família	1
	Pronto Atendimento	1
	TOTAL	11
Porto Mauá	Posto de Saúde	1
	Centro de Saúde/Unidade Básica	1
	Consultório Isolado	1
	Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT Isolado)	1
	Central de Gestão em Saúde	1
	Polo Academia de Saúde	1
	Polo de Prevenção de Doenças e Agravos e Promoção a Saúde	1
TOTAL	7	
Porto Vera Cruz	Centro de Saúde/Unidade Básica	1
	Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT Isolado)	1
	Central de Gestão em Saúde	1
	TOTAL	3
Santa Rosa	Posto de Saúde	2
	Centro de Saúde/Unidade Básica	20
	Policlínica	3
	Hospital Geral	2
	Consultório Isolado	157
	Clínica/Centro de Especialidades	14
	Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT Isolado)	53
	Unidade Móvel de Nível Pré-Hospitalar na Área de Urgência	2
	Farmácia	38
	Central de Gestão em Saúde	2
	Centro de Atenção Hemoterapia ou Hematologia	1
	Centro de Atenção Psicossocial	2
	Centro de Apoio a Saúde da Família	2
	Pronto de Atendimento	1
	Polo Academia de Saúde	2
	Serviço de Atenção Domiciliar Isolado (Home Care)	1
	Laboratório de Saúde Pública	1
Centro de Imunização	1	
TOTAL	304	
Santo Cristo	Centro de Saúde/Unidade Básica	2
	Hospital Geral	1
	Consultório Isolado	19
	Clínica/Centro de Especialidades	8
	Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT Isolado)	3
	Unidade Móvel de Nível Pré-Hospitalar na Área de Urgência	1
	Farmácia	3
	Central de Gestão em Saúde	1
	Polo Academia de Saúde	1
TOTAL	39	
São José do Inhacorá	Centro de Saúde/Unidade Básica	1
	Consultório Isolado	3
	Clínica/Centro de Especialidades	4
	Central de Gestão em Saúde	1
	Pronto de Atendimento	1
	TOTAL	10
São Paulo das Missões	Posto de Saúde	3
	Centro de Saúde/Unidade Básica	2
	Hospital Geral	1
	Consultório Isolado	5
	Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT Isolado)	1

	Central de Gestão em Saúde	1
	TOTAL	13
Senador Salgado Filho	Posto de Saúde	2
	Centro de Saúde/Unidade Básica	1
	Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT Isolado)	1
	Central de Gestão em Saúde	1
	TOTAL	5
Três de Maio	Centro de Saúde/Unidade Básica	7
	Policlínica	1
	Hospital Geral	1
	Consultório Isolado	102
	Clínica/Centro de Especialidades	17
	Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT Isolado)	6
	Unidade Móvel de Nível Pré-Hospitalar na Área de Urgência	1
	Farmácia	6
	Cooperativa ou Empresa de Cessão de Trabalhadores em Saúde	1
	Central de Gestão em Saúde	1
	Centro de Atenção Psicossocial	1
	P a Saúde da Família	1
	Polo Academia de Saúde	1
	Central de Abastecimento	1
TOTAL	147	
Tucunduva	Posto de Saúde	2
	Centro de Saúde/Unidade Básica	1
	Hospital Geral	1
	Consultório Isolado	8
	Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT Isolado)	3
	Farmácia	1
	Central de Gestão em Saúde	1
	Polo de Prevenção de Doenças e Agravos e Promoção a Saúde	1
TOTAL	18	
Tuparendi	Posto de Saúde	1
	Centro de Saúde/Unidade Básica	2
	Policlínica	2
	Hospital Geral	1
	Consultório Isolado	14
	Clínica/Centro de Especialidades	6
	Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT Isolado)	3
	Unidade Móvel de Nível Pré-Hospitalar na Área de Urgência	1
	Central de Gestão em Saúde	1
	Polo Academia de Saúde	1
TOTAL	32	

Fonte: SCNES Competência agosto/2022

A partir dos dados apresentados na tabela 8 podemos observar que a região 14-Fronteira Noroeste possui um total de 841 estabelecimentos de saúde cadastrados no Sistema de Cadastros de Estabelecimentos de Saúde, na competência de agosto de 2022. Desses, 99 são estabelecimentos de APS totalizando aproximadamente 12% em relação ao total de estabelecimentos. O município com maior número de estabelecimentos de saúde é Santa Rosa que totaliza 304 serviços e representa 36,15% dos estabelecimentos de saúde da região. Três de maio é o município com o segundo maior número de

estabelecimentos de saúde da região com 147 serviços cadastrados e representando 17,48% dos estabelecimentos de saúde da região.

Somente um município da região não apresenta Central de Gestão em Saúde, a região possui três Pronto Atendimentos, nove Unidade Móvel de Nível Pré-Hospitalar na Área de Urgência, quinze hospitais gerais localizados em 13 municípios e isso significa que 59.09% dos municípios da região possuem hospitais. Além disso a região apresenta 91 centros de especialidades e 3 laboratórios públicos. O município com o menor número de serviços cadastrados é Porto Vera Cruz com apenas 3 estabelecimentos cadastrados no SCNES, seguido de Senador Salgado Filho que possui 5 estabelecimentos cadastrados. A seguir serão apresentados todos os serviços de saúde dos 22 municípios da região 25- Vinhedos e Basalto:

Tabela 9: Estabelecimentos de saúde da Região 25 – Vinhedos e Basalto, cadastrados no CNES por tipo de unidades.

Município	DESCRIÇÃO	TOTAL
Bento Gonçalves	Posto de Saúde	5
	Centro de Saúde/Unidade Básica	20
	Policlínica	9
	Hospital Geral	1
	Pronto Socorro Geral	1
	Consultório Isolado	222
	Clínica/Centro de Especialidades	54
	Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT Isolado)	24
	Unidade Móvel Terrestre	1
	Unidade Móvel de Nível Pré-Hospitalar na Área de Urgência	2
	Farmácia	22
	Unidade de Vigilância em Saúde	1
	Hospital/Dia - Isolado	1
	Central de Gestão em Saúde	1
	Centro de Atenção Psicossocial	3
	Pronto Atendimento	2
	Polo Academia de Saúde	5
	Serviço de Atenção Domiciliar Isolado (Home Care)	3
	Laboratório de Saúde Pública	1
	Centro de Imunização	1
TOTAL	379	
Boa Vista do Sul	Posto de Saúde	1
	Centro de Saúde/Unidade Básica	1
	Consultório Isolado	1
	Central de Gestão em Saúde	1
	Centro de Atenção Hemoterapia ou Hematologia	1
	TOTAL	5
Carlos Barbosa	Posto de Saúde	4
	Centro de Saúde/Unidade Básica	2
	Hospital Geral	1
	Consultório Isolado	54

	Clínica/Centro de Especialidades	16
	Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT Isolado)	5
	Unidade Móvel Terrestre	1
	Unidade Móvel de Nível Pré-Hospitalar na Área de Urgência	1
	Farmácia	4
	Cooperativa ou Empresa de Cessão de Trabalhadores em Saúde	1
	Central de Gestão em Saúde	1
	Centro de Atenção Psicossocial	1
	Centro de Imunização	1
	TOTAL	92
Coronel Pillar	Centro de Saúde/Unidade Básica	1
	Central de Gestão em Saúde	1
	TOTAL	2
Cotiporã	Centro de Saúde/Unidade Básica	1
	Policlínica	1
	Consultório Isolado	1
	Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT Isolado)	1
	Central de Gestão em Saúde	1
	Polo Academia de Saúde	1
	TOTAL	6
Fagundes Varela	Centro de Saúde/Unidade Básica	1
	Consultório Isolado	1
	Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT Isolado)	3
	Central de Gestão em Saúde	1
	TOTAL	6
Garibaldi	Centro de Saúde/Unidade Básica	5
	Hospital Geral	1
	Consultório Isolado	100
	Clínica/Centro de Especialidades	15
	Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT Isolado)	6
	Unidade Móvel de Nível Pré-Hospitalar na Área de Urgência	2
	Farmácia	6
	Central de Gestão em Saúde	1
	Pronto Atendimento	1
	Laboratório de Saúde Pública	1
	Central de Regulação de Acesso	1
	Central de Abastecimento	2
	TOTAL	141
Guabiju	Posto de Saúde	1
	Consultório Isolado	2
	Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT Isolado)	1
	Farmácia	1
	Central de Gestão em Saúde	1
	TOTAL	6
Guaporé	Centro de Saúde/Unidade Básica	5
	Hospital Geral	1
	Consultório Isolado	83
	Clínica/Centro de Especialidades	1
	Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT Isolado)	31
	Unidade Móvel de Nível Pré-Hospitalar na Área de Urgência	1
	Farmácia	8
	Central de Gestão em Saúde	1
	Centro de Atenção Psicossocial	1
	TOTAL	133
Monte Belo do Sul	Centro de Saúde/Unidade Básica	1
	Consultório Isolado	1
	Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT Isolado)	2
	Central de Gestão em Saúde	1
	Polo Academia de Saúde	1

	TOTAL	6
Nova Araçá	Centro de Saúde/Unidade Básica	1
	Consultório Isolado	7
	Clínica/Centro de Especialidades	3
	Central de Gestão em Saúde	1
	Centro de Atenção Hemoterapia ou Hematologia	2
	TOTAL	14
Nova Bassano	Centro de Saúde/Unidade Básica	4
	Hospital Geral	1
	Consultório Isolado	20
	Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT Isolado)	7
	Farmácia	2
	Central de Gestão em Saúde	1
TOTAL	35	
Nova Prata	Posto de Saúde	6
	Centro de Saúde/Unidade Básica	2
	Hospital Geral	1
	Consultório Isolado	126
	Clínica/Centro de Especialidades	9
	Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT Isolado)	23
	Unidade Móvel de Nível Pré-Hospitalar na Área de Urgência	1
	Farmácia	13
	Central de Gestão em Saúde	1
	Laboratório de Saúde Pública	2
	Central de Abastecimento	1
TOTAL	185	
Paráí	Centro de Saúde/Unidade Básica	1
	Policlínica	1
	Hospital Geral	1
	Consultório Isolado	23
	Clínica/Centro de Especialidades	2
	Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT Isolado)	7
	Central de Gestão em Saúde	1
TOTAL	36	
Pinto Bandeira	Centro de Saúde/Unidade Básica	1
	Consultório Isolado	9
	Clínica/Centro de Especialidades	2
	Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT Isolado)	1
	Central de Gestão em Saúde	1
TOTAL	14	
Protásio Alves	Centro de Saúde/Unidade Básica	1
	Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT Isolado)	1
	Central de Gestão em Saúde	1
TOTAL	3	
Santa Tereza	Centro de Saúde/Unidade Básica	1
	Central de Gestão em Saúde	1
TOTAL	2	
São Jorge	Centro de Saúde/Unidade Básica	1
	Consultório Isolado	2
	Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT Isolado)	2
	Farmácia	1
	Central de Gestão em Saúde	1
TOTAL	7	
União da Serra	Centro de Saúde/Unidade Básica	1
	Unidade de Vigilância em Saúde	1
	Central de Gestão em Saúde	1
TOTAL	3	
Veranópolis	Centro de Saúde/Unidade Básica	6

	Hospital Geral	1
	Consultório Isolado	144
	Clínica/Centro de Especialidades	9
	Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT Isolado)	16
	Farmácia	4
	Central de Gestão em Saúde	1
	Centro de Atenção Psicossocial	1
	Polo Academia de Saúde	2
	TOTAL	184
Vila Flores	Centro de Saúde/Unidade Básica	1
	Consultório Isolado	3
	Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT Isolado)	2
	Central de Gestão em Saúde	1
	Centro de Atenção Hemoterapia ou Hematologia	1
	Polo Academia de Saúde	1
TOTAL	9	
Vista Alegre do Prata	Centro de Saúde/Unidade Básica	1
	Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT Isolado)	2
	Central de Gestão em Saúde	1
	TOTAL	4

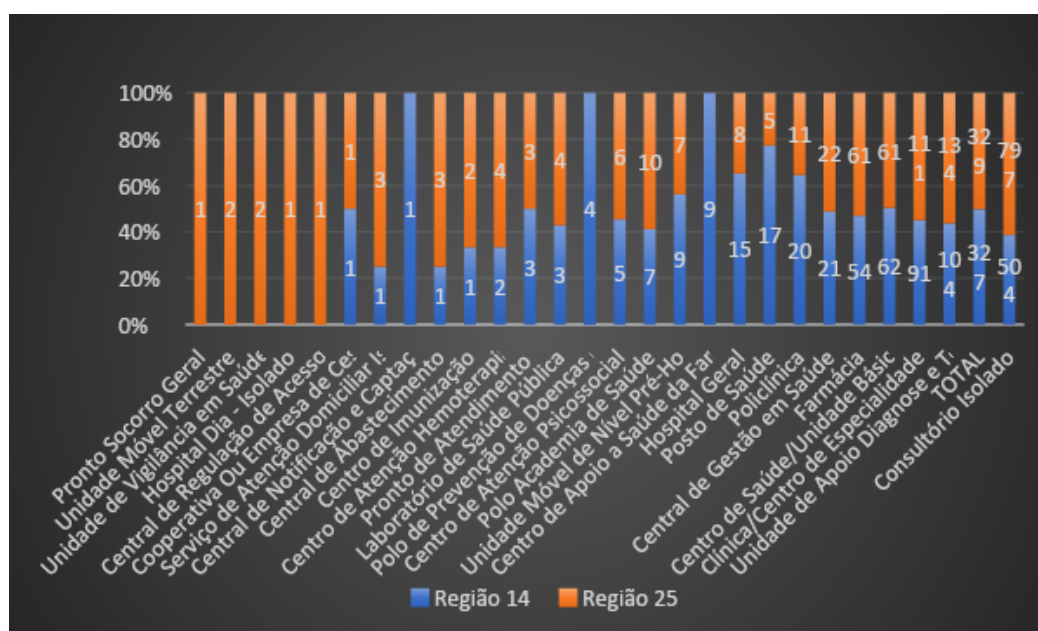
Fonte: SCNES Competência agosto/2022

A partir dos dados apresentados na tabela 9 podemos observar que a região 25-Vinhedos e Basalto possui um total de 1.272 estabelecimentos de saúde cadastrados no Sistema de Cadastros de Estabelecimentos de Saúde, na competência de agosto de 2022. Desses, 78 são estabelecimentos de APS totalizando aproximadamente 6,13% em relação ao total de estabelecimentos da região. O município com maior número de estabelecimentos de saúde é Bento Gonçalves que totaliza 379 serviços e representa 29,79% dos estabelecimentos de saúde da região. Nova Prata é o segundo município da região em número de estabelecimentos de saúde cadastrados no SCNES com 185, seguido de Veranópolis é o município com 184 estabelecimentos de saúde e representando 14,54% e 14,46% respectivamente, dos estabelecimentos de saúde da região.

Todos os municípios da região possuem Central de Gestão em Saúde, a região possui três Pronto Atendimentos, sete Unidade Móvel de Nível Pré-Hospitalar na Área de Urgência, oito hospitais gerais localizados em oito municípios e um hospital dia em Bento Gonçalves. Isso significa que 36,36% dos municípios da região possuem hospitais. Além disso a região apresenta 111 centros de especialidades e 4 laboratórios públicos. Dois municípios da região (Coronel Pilar e Santa Tereza) possuem somente dois estabelecimentos cadastrados sendo eles Centro de Saúde/Unidade Básica e Central de Gestão Municipal. Outros municípios como União da Serra e Protásio Alves possuem

apenas 3 estabelecimentos cadastrados no SCNES, seguidos de Vista Alegre do Prata e Boa Vista do Sul com 4 estabelecimentos cadastrados. O gráfico a seguir apresenta dados comparativos entre os estabelecimentos cadastrados nas duas regiões.

Gráfico 19: Número de estabelecimentos cadastrados no SCNES nas regiões 14-Fronteira Noroeste e 25-Vinhedos e Basalto na competência de agosto de 2022.



Fonte: SCNES Competência agosto/2022

Analisando o gráfico acima observa-se que os estabelecimentos que se diferenciam entre as duas regiões são: Na região 14- Fronteira Noroeste há um estabelecimento de Central de Notificação e Captação e Distribuição de Órgãos Estadual, quatro Polos de Prevenção de Doenças e Agravos e Promoção da Saúde e nove Centros de Apoio a Saúde da Família. Já a região 25 apresenta cadastro de um Pronto Socorro Geral, duas Unidades Móveis Terrestres, duas Unidades de Vigilância em Saúde, um Hospital Dia e uma Central de Regulação de Acesso.

Em relação aos Polos de Academia de Saúde a Região 25- Vinhedos e Basalto apresenta 10 estabelecimentos e a região 14 apresenta 7 estabelecimentos totalizando uma diferença de 42% entre uma região e outra. Em relação a Postos de Saúde a Região 14 apresenta um percentual de 240% maior que a Região 25. O número de hospitais gerais (a maioria Hospitais de Pequeno Porte) é maior na Região 14 (15 hospitais) em relação aos da Região 25 (8 hospitais). As Policlínicas também estão em maiores números na Região 14 do que na Região 25. Os centros de especialidades são quantitativamente maiores na região 25 (111 estabelecimentos) do que na Região 14 (91 estabelecimentos).

O maior número de estabelecimentos cadastrados no SCNES das duas Regiões é do tipo consultório isolado, com 797 consultórios cadastrados na Região 25 e 504 consultórios cadastrados na Região 14. Nesse caso existe uma especificidade que precisa ser avaliada e se faz necessário entender o que é caracterizado com consultório isolado. Segundo o manual do CNES, entende-se por consultório isolado a "sala isolada destinada à prestação de assistência médica ou odontológica ou de outros profissionais de saúde de nível superior". Neste conceito se encaixam os consultórios existentes num mesmo andar, num prédio, com CPF ou CNPJ atuando de forma isolada e independente. Não se encaixam aqui os consultórios isolados em várias especialidades que atuam de forma dependente sob um mesmo CNPJ.

Analisando esses dados podemos verificar que a Região 14-Fronteira Noroeste parece tentar organizar a rede de serviços de saúde em cada um dos seus municípios, sendo o município de Santa Rosa o município com maior número de estabelecimentos e é aquele que concentra o maior nível de densidade tecnológica do Cuidado. Já a Região 25 apresenta em seus municípios um menor número de estabelecimentos cadastrados e uma rede de serviços mais regionalizada em se tratando de densidade tecnológica, sendo o município de Bento Gonçalves o município com maior número de estabelecimentos cadastrados na região. É importante observar que no RS algumas regiões são consideradas "plenas" em relação à Média e Alta Complexidade e a Macrosserra é uma das Macrorregiões que faz a gestão dos

recursos de Média e Alta Complexidade, diferente de outras regiões em que é a Secretaria Estadual de Saúde que realiza essa gestão.

A importância da discussão do modelo de atenção é imprescindível para que possam ser discutidas linhas de cuidado e para que a organização dos serviços aconteça evitando desperdícios financeiros ou investimentos desnecessários. No caso brasileiro, o Sistema Único de Saúde se organiza a princípio em níveis de complexidade tendo a APS como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado, seguida da média e alta complexidade.

Parece haver uma certa distorção nesse conceito que faz parecer que a APS tem uma menor complexidade no cuidado ao usuário do que os outros níveis de atenção que teoricamente exigem uma maior densidade tecnológica em relação ao cuidado. Quando estudamos e vivenciamos a APS entendemos e aprendemos que o cuidado na APS apresenta uma grande complexidade porque envolve não somente a densidade tecnológica, mas também o território e a realidade local em que o vínculo do usuário com as equipes dos territórios da APS proporciona um entendimento para além da saúde e da doença, envolvendo todas as dimensões do cuidado inclusive os determinantes e condicionantes da saúde que tornam o cuidado e a assistência ao usuário muito mais complexo que as densidades tecnológicas.

REFERÊNCIAS

ANDERSEN, E. G. As três economias políticas do welfare state. **Lua Nova**, São Paulo, n. 24, p. 85-116, Sept. 1991. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451991000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 Abr. 2020.

BARBOSA, M. G. et al. Financiamento da Atenção Básica à Saúde no Brasil: do piso da atenção básica à remuneração por desempenho. In: GOMES, L. B.; BARBOSA, M. G.; FERLA, A. A. (org.). **Atenção básica: olhares a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB)**. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. p. 101-123.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Portaria Nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017**: Política Nacional de Atenção Básica Revisão. 183. ed. Brasília: Diário Oficial da União, 22 set. 2017. Seção 1, p. 68. Disponível em:

http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031 Acesso em: 13/12/2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde dentro de Casa: **Programa de Saúde de Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL. Assembleia Nacional Constituinte. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília/DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. IPEA. (ed.). **Políticas sociais acompanhamento e análise**: 11. ed. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2005. 227 p. Ministério da Saúde. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas_sociais/bps11.pdf. Acesso em: 04 mar. 2020.

BRASÍLIA. Relatores. Conselho Nacional de Saúde (comp.). **RELATÓRIO NACIONAL CONSOLIDADO 16ª Conferência Nacional de Saúde**: Brasília: CNS, 2019. 90 p. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/>. Acesso em: 04 abr. 2020.

CAVALCANTI, P. C. da S.; OLIVEIRA NETO, A. V. de; SOUSA, M. F. de. Uma narrativa sobre o programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica. In: GOMES, L. B.; BARBOSA, M. G.; FERLA, A. A. (org.). **Atenção básica: olhares a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB)**. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. Cap. 1. p. 17-47. (Série Atenção Básica e Educação na Saúde). Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/141070>. Acesso em: 04 abr. 2020.

COHN, A. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In CAMPOS G. W. S et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. Ed. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – Fiocruz, 2009. P. 837-868.

GIOVANELLA, L.; STEGMÜLLER, K. The financial crisis and health care systems in Europe: universal care under threat? trends in health sector reforms in germany, the united kingdom, and spain. : universal care under threat? Trends in health sector reforms in Germany, the United Kingdom, and Spain. **Cadernos de Saúde Pública**: Escrevendo em Sala de aula e publicando na web, [s.l.], v. 30, n. 11, p. 2263-2281, nov. 2014.

FUNCIA, F. R.. **Projeto de lei orçamentária 2020 da União: a combinação da EC 95 com a política econômica de Guedes faz muito mal para a saúde (1ª parte)**. 2019. Domingueira Nº 32. Disponível em: <http://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-32-setembro-2019#a0>. Acesso em: 04 abr. 2020.

IPEA (comp.). **O Conselho Nacional de Saúde na Visão de seus Conselheiros**: relatório de pesquisa projeto conselhos nacionais: perfil e atuação dos conselheiros. Brasília: Livraria do Ipea, 2012. 66 p. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7744/1/RP_O%20Conselho_2012.pdf. Acesso em: 04 abr. 2020.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). **Políticas Sociais: acompanhamento e análise**. Rio de Janeiro: IPEA; 2007. Nº 13, Edição Especial.

___Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Seção 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm . Acesso em: 4 mar. 2020

___Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm . Acesso em: 4 mar. 2020.

MAÇADA, A. C. G.; FELDENS, L. F.; SANTOS, A. M. dos. Impacto da tecnologia da informação na gestão das cadeias de suprimentos – um estudo de casos múltiplos. **Gestão & Produção**, São Carlos, v. 14, n. 1, p. 1-12, abr. 2007. Quadrimestral. Disponível em: <http://www.periodicos.ufscar.br/periodicos-ufscar/revista-gestao-producao>. Acesso em: 05 fev. 2020.

MAZZOTTI, A. J. A.. Usos e abusos dos estudos de caso. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 36, n. 129, p. 637-651, 2006. Quadrimestral. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cp/v36n129/a0736129.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2020.

MENDES, A.; FUNCIA, F. R. “O SUS e seu financiamento”. In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C.. Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde; OPAS/OMS no Brasil, 2016, p. 139-168.

MENDES, Á.; MARQUES, R. M. O financiamento do SUS sob os “ventos” da financeirização. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 14, p. 841-850, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000300019&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 01 jan. 2020.

MENDONÇA, C. S. Um Olhar para o Futuro - Perspectivas e Desafios. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil** Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 144 p.

MENICUCCI, T. M. G. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 25, p. 1620-1625, jul. 2011. Mensal. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/>. Acesso em: 03 mar. 2020.

MERHY, E. E. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público**; Ed. Xamã; São Paulo, 1998. Disponível em <http://www.researchgate.net/publication/33023409> Acesso em 12 mai 2016.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C.. **Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, maio-jun. 2005.

PAIM, J.S. **A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais**. In: Rouquayrol MZ, Epidemiologia & Saúde, 4a ed., MEDSI, Rio de Janeiro, p.455 - 466, 1994.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The lancet*, London, p.11-31, maio. 2011. Disponível em: http://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf . Acesso em: março de 2020.

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, jun. 2018. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/>. Acesso em: 01 fev. 2020.

PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E. R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 4, n. 29, p. 318-325, 1995. Mensal. Disponível em: <http://www.rsp.fsp.usp.br/>. Acesso em: 03 mar. 2020.

RIBEIRO, J. A. C.; PIOLA, S. F.; SERVO, L. M. As novas configurações de antigos problemas: financiamento e gasto com ações e serviços públicos de saúde no Brasil. **Divulgação em saúde para debate**, n. 37, p. 21-43, jan. 2007.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 726p., 2004.

SOUSA, M. F. **Programa Saúde da Família no Brasil: Análise da desigualdade no acesso à atenção básica**. Brasília: Ed. do Departamento de

Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília, 2007. 250 p.

TANAKA, O.Y.; RIBEIRO, E.L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.14, n.2, abr. 2009, p.477-486.

VELLOSO, V. B. **Organização de demanda espontânea e programada e acolhimento na estratégia de saúde da família: um relato de experiência**. 2012. 32 p. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Minas Gerais, Conselheiro Lafaiete, 2012.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre, RS: Bookman. 2005.

APÊNDICE A — Tabela da Portaria 172 de 31 de janeiro de 2020

A tabela abaixo apresenta os 31 municípios com possível decréscimo de recursos a partir de janeiro de 2021. Esses municípios estão elencados na Portaria 172 de 31 de janeiro de 2020, publicada pelo Ministério da Saúde no Diário Oficial da União.

UF	Município	IBGE	Competência Financeira de Maior Valor em 2019	Valor Mensal	Região
RS	CAPÃO DO CIPÓ	430465	jan/19	R\$ 50.334,69	2
RS	DOM PEDRO DE ALCÂNTARA	430655	mai/19	R\$ 32.907,61	4
RS	IMBÉ	431033	jan/19	R\$ 50.316,24	5
RS	IVOTI	431080	jan/19	R\$ 44.540,00	7
RS	PRESIDENTE LUCENA	431514	jan/19	R\$ 5.912,83	7
RS	SÃO PEDRO DA SERRA	431935	nov/19	R\$ 35.042,85	8
RS	TRÊS COROAS	432170	nov/19	R\$ 94.590,10	6
RS	CHUVISCA	430544	jan/19	R\$ 12.348,00	9
RS	ELDORADO DO SUL	430676	jan/19	R\$ 119.616,54	9
RS	ALEGRIA	430045	jan/19	R\$ 29.782,34	14
RS	NOVO MACHADO	431342	nov/19	R\$ 49.102,18	14
RS	SÃO PEDRO DO BUTIÁ	431937	mai/19	R\$ 32.810,03	11
RS	COLORADO	430560	nov/19	R\$ 48.914,35	12
RS	SANTA BÁRBARA DO SUL	431670	fev/19	R\$ 34.234,01	12
RS	ALPESTRE	430050	mai/19	R\$ 76.131,81	15
RS	GRAMADO DOS LOUREIROS	430912	jan/19	R\$ 26.309,58	20
RS	JABOTICABA	431085	fev/19	R\$ 50.824,33	20
RS	ESTAÇÃO	430755	nov/19	R\$ 43.016,61	16
RS	SÃO VALENTIM	431970	nov/19	R\$ 45.267,60	16
RS	ACEGUÁ	430003	jan/19	R\$ 32.934,00	22
RS	SANTA VITÓRIA DO PALMAR	431730	jan/19	R\$ 237.474,58	21
RS	BOA VISTA DO SUL	430225	jan/19	R\$ 6.194,50	25
RS	CANELA	430440	nov/19	R\$ 180.713,98	23
RS	CORONEL PILAR	430593	jan/19	R\$ 4.046,00	25

Fonte: Planilha elaborada a partir da Portaria 172 de 31 de Janeiro de 2020 - <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-172-de-31-de-janeiro-de-2020-240912930>

APÊNDICE B — A tabela abaixo apresenta as características e Indicadores elencados como critério de escolha das regiões participantes da pesquisa

Indicador	Região 25	Região 14
População Estimada (2017)	313.291 hab.	233.741 hab.
Extensão territorial	3.577,70 km ²	
Densidade Demográfica	87,56 hab/km ²	48,79 hab/km ²
População Urbana	81,57%	
População Rural	18,43%	
Renda Média per capita	R\$ 1.166,03	R\$ 790,00
Município + populoso	Bento Gonçalves (115.069 hab.)	Santa Rosa (73.254)
Município - populoso	União da Serra (1.374 hab)	Porto Vera Cruz (1.360 hab)
População Idosa	17,40%	20,90%
Região Turística	Sim	Não
Taxa de desemprego (2010)	2,3	3
Trabalho Infantil (2010)	13,80%	18,20%
Taxa de Analfabetismo (2010)	2,71%	4,40%
Cobertura vacinal (2020)	71,83%	
Saneamento (2010) Inadequado	18,70%	28,40%
Coleta de lixo (2010)	95,30%	82,20%
Abastecimento de Água (2017)	94,40%	80,50%
Internações Homens	1. envenenamentos e causas externas 2. Aparelho respiratório 3. Aparelho Digestivo 4. Aparelho circulatório	
Internações Mulheres	1. Gravidez e parto 2. Aparelho Digestivo 3. Aparelho Circulatório	
Causas de mortalidade homens	Neoplasias e Circulatório	
Causas mortalidade mulheres	Circulatório e Neoplasias	
Taxa de mortalidade por suicídio (2016)	9,6	12,9
Taxa de internação por causas sensíveis a APS	26,21	25,37
Taxa de mortalidade infantil menores de 1 ano	7,14	10,6
tx Mortalidade Neonatal Precoce (0 a 6 dias)	3,02	6,28
tx Mortalidade Neonatal tardia (7 a 28 dias)	1,1	2,25
Parto cesáreo (2016)	70,14%	83,08%
Parto Natural (2016)	29,06%	16,92%
Taxa de mortalidade materna (2016)	0%	38,25%
Taxa de internação por diabetes geral (2017)	50,43	127,92
Taxa de internação pr diabetes precoce	55,18	117,76
Óbitos por AIDS	5,5 (taxa Bruta)	4,3
Número de casos novos AIDS	17	7
Número de casos novos TB	31,3	16,8
Sífilis em gestantes	17,2	18
Casos novos de sífilis em menores de 1 ano	10,8	8,1
Cobertura populacional AB	72,15%	92,52%
Municípios com 100% de cobertura	13 municípios	20 municípios
Cobertura populacional SUS	64%	92,51%
Conbertura Populacional AB	88,50%	92,52%
Receitas com recursos Próprios (2017)	21,94%	20,54%
Recursos Estaduais AB (2017)	R\$ 15,66	R\$ 30,59
Número de Hospitais	10	13
Produção Agrícola	Uva e Vinho	Soja, Trigo e Milho

Fonte: Dados extraídos do Portal BI estadual público – Planejamento Regional Integrado (PRI) - http://bipublico.saude.rs.gov.br/QvAJAXZfc/opensdoc.htm?document=publico.qvw&host=QVsb_ari&anonymous=true&Sheet=SH01

ANEXO A — Tabela de Portarias Relacionadas ao Financiamento da APS (PAB e Previne Brasil)

Documento	Data de Publicação	Conteúdo	Link
Lei Nº 11.350	05 de outubro de 2006	Atualização do piso salarial do ACS e ACE	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm
Portaria Nº 1.409	10 de julho de 2013	Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB) para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal, e divulga os valores anuais e mensais da parte fixa do PAB;	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1409_10_07_2013.htm
Portaria de Consolidação nº 6	28 de Setembro de 2017	Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html
Portaria Nº 3.947	28 de Dezembro de 2017	Atualiza a base Populacional para cálculo PAB Fixo	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3947_28_12_2017.htm
Nota técnica Nº 599	01 de Outubro de 2019	Orientações sobre solicitação de credenciamento de equipes e serviços de Atenção Primária em Saúde.	https://atencao basica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201910/04094807-nt-5

			99-2019-orientacoes-credenciamento-d esburocratizado-equipres-aps-out19.pdf
Portaria Nº 2.983	11 de novembro de 2019	Fomento a informatização por meio de custeio para implantação e manutenção de prontuário eletrônico. Informatiza APS	http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.983-de-11-de-novembro-de-2019-227652196
Portaria Nº 2.979	12 de novembro de 2019	Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.	https://brasilsus.com.br/wp-content/uploads/2019/11/portaria2979.pdf
Portaria Nº 3.222	10 de Dezembro de 2019	Indicadores de pagamento por desempenho a serem observados na atuação das Equipes de Saúde da Família – ESF e Equipes de Atenção Primária – EAP, para o ano de 2020	https://brasilsus.com.br/index.php/pdf/portaria-no-3-222/
Portaria Nº 3.263	11 de Dezembro de 2019	Estabelece o incentivo financeiro de custeio federal para implementação e fortalecimento das ações de cadastramento dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS).	https://brasilsus.com.br/index.php/pdf/portaria-no-3-263/
Portaria Nº 3.270	11 de Dezembro de 2019	Fixa o valor do incentivo de custeio referente à implantação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O valor do incentivo financeiro do incentivo será <u>transferido mensalmente e recalculado</u> a cada 4 (quatro) competências financeiras;	http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.270-de-11-de-dezembro-de-2019-232941903

Portaria Nº 3.510	18 de dezembro de 2019	Institui incentivo financeiro de custeio adicional mensal para municípios com equipes de saúde integradas a programas de formação profissional no âmbito da Atenção Primária à Saúde.	https://brasilsus.com.br/index.php/pdf/portaria-no-3-510/
Lei nº 13.958	18 de Dezembro de 2019	Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS).	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2019/lei/L13958.htm
Nota Técnica Nº 21	20 de Dezembro de 2019	Nota Técnica Explicativa – Plano de monitoramento do programa Informatiza APS	http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_tecnica_informatiza_aps.pdf
Portaria Nº 3.883	27 de Dezembro de 2019	Sobre o financiamento da equipe de Atenção Primária - eAP conforme Programa Previne Brasil	http://www.conass.org.br/conass-informa-n-01-2020-publicada-a-portaria-gm-n-3-883-que-altera-a-portaria-de-consolidacao-no-6-gm-ms-de-28-de-setembro-de-2017-para-dispor-sobre-o-financiamento-da-equipe-de-atencao-primar/

Portaria Nº 49	27 de Dezembro de 2019	Define e homologa os códigos referentes às Identificações Nacionais de Equipe e aos Cadastros Nacionais de Estabelecimentos de Saúde das equipes ou serviços de Atenção Primária à Saúde credenciados e cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde para fins da transferência dos incentivos de custeio federal, acompanhamento, monitoramento e avaliação.	http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-49-de-27-de-dezembro-de-2019-235854512
Nota Técnica CONASEMS sobre Repasses Financeiros da APS aos municípios	16 de Janeiro de 2020	Considerando a publicação da Portaria nº 2.979 GM/MS/2019 que “Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde”, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS, esclarece alguns aspectos relativos aos repasses financeiros federais para atenção básica dos municípios	https://www.conasems.org.br/repasses-financeiros-federais-para-a-atencao-basica/nota-pab-fixe-e-variavel-2019-2020/
Portaria Nº 169	31 de Janeiro de 2020	Define o valor per capita para efeito do cálculo do incentivo financeiro da capitação ponderada do Programa Previne Brasil. O valor per capita base anual será equivalente ao valor de R\$ 50,50 (cinquenta reais e cinquenta centavos) por pessoa cadastrada nas equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária.	http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-169-de-31-de-janeiro-de-2020-240912927
Portaria nº 172	31 de Janeiro de 2020	Dispõe sobre municípios e Distrito Federal que apresentam manutenção ou acréscimo dos valores a serem transferidos, conforme as regras de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde do Programa Previne Brasil e sobre o valor per capita de transição conforme estimativa populacional da Fundação IBGE.	http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-172-de-31-de-janeiro-de-2020-240912930

Portaria Nº 173	31 de Janeiro de 2020	Dispõe sobre os municípios que apresentam decréscimo dos valores a serem transferidos, conforme as regras do financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde do Programa Previnde Brasil	http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-173-de-31-de-janeiro-de-2020-240912938
Portaria nº 99	07 de fevereiro de 2020	Redefine registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).	http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-99-de-7-de-fevereiro-de-2020-242574079
Nota Técnica nº 5 SAPS	fev/20	Trata-se de nota técnica para apresentação das fichas de qualificação do conjunto de indicadores que compõem o incentivo financeiro de Pagamento por Desempenho da Atenção Primária à Saúde (APS) para o ano de 2020, no âmbito do Programa Previnde Brasil, instituído por meio da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. O presente documento tem por objetivo qualificar os indicadores selecionados para o pagamento por desempenho, conforme previsto na Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, bem como detalhar o método de aferição e avaliação.	https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200204_N_SEIMS-0013327270-NotaTecnicaIndicadores_3604088260565235807.pdf
Portaria Nº 3	10 de fevereiro de 2020	Divulga lista dos Programas de Residência Médica que farão jus ao recebimento de bolsa nos termos do Edital de Convocação Edital Nº 2, de 14 de janeiro de 2020.	http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3-de-10-de-fevereiro-de-2020-242575786
Nota técnica Informativa COSEMS RS Nº 005	17 de fevereiro de 2020	ASSUNTO: Orientações específica sobre o repasse dos recursos financeiros federais da Atenção Primária	

Portaria 3.566/2019	19/12/2019	Fixa o quantitativo de equipes de Saúde de Família e equipe Saúde Bucal composta por profissionais com carga horária individual de 40 horas semanais e estabelece regra transitória para às equipes de Saúde da Família com as tipologias I, II, III, IV e V (Transitória).	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.566-de-19-de-dezembro-de-2019-234647326
Portaria 47/2019	19/12/2019	Dispõe sobre os códigos referentes à Identificação Nacional de Equipe (INE) e ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) das equipes ou serviços de Atenção Primária à Saúde para fins da transferência dos incentivos de custeio federal, acompanhamento, monitoramento e avaliação	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-47-de-19-de-dezembro-de-2019-234650949
Portaria 397/2020	16/03/2020	Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, nº 5 de 28 de setembro de 2017, e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Programa Saúde na Hora, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-397-de-16-de-marco-de-2020*-248809238
Decreto 10.277/2020	17/03/2020	Institui o Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da Covid-19.	http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2020/decreto/D10277.htm
DECRETO No 55.128	19/03/2020	Declara estado de calamidade pública em todo o território do Estado do Rio Grande do Sul para fins de prevenção e de enfrentamento à epidemia causada pelo COVID-19 (novo Coronavírus), e dá outras providências	https://www.mprs.mp.br/normascovid19/estadual-covid/

Portaria 428/2020	19/03/2020	Dispõe sobre as medidas de proteção para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (covid-19) no âmbito das unidades do Ministério da Saúde no Distrito Federal e nos Estados.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-428-de-19-de-marco-de-2020-249027772
Portaria 430/2020	19/03/2020	Estabelece incentivo financeiro federal de custeio no âmbito da Atenção Primária à Saúde, em caráter excepcional e temporário, com o objetivo de apoiar o funcionamento em horário estendido das Unidades de Saúde da Família (USF) ou Unidades Básicas de Saúde (UBS) no país, para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (covid-19	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-430-de-19-de-marco-de-2020-249027837
Portaria 431/2020	19/03/2020	Homologa adesão das Unidades de Saúde da Família (USF) ao Programa Saúde na Hora	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-431-de-19-de-marco-de-2020-249027952
RDC 349/2020	19/03/2020	Define os critérios e os procedimentos extraordinários e temporários para tratamento de petições de regularização de equipamentos de proteção individual, de equipamentos médicos do tipo ventilador pulmonar e de outros dispositivos médicos identificados como estratégicos pela Anvisa, em virtude da emergência de saúde pública internacional decorrente do novo Coronavírus e dá outras providências.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rdc-n-349-de-19-de-marco-de-2020-249028270

RDC 350/2020	19/03/2020	Define os critérios e os procedimentos extraordinários e temporários para a fabricação e comercialização de preparações antissépticas ou sanitizantes oficinais sem prévia autorização da Anvisa e dá outras providências, em virtude da emergência de saúde pública internacional relacionada ao SARS-CoV-2.	http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/5809525/RDC_350_2020_.pdf/2929b492-81cd-4089-8ab5-7f3aabd5df61
Decreto Legislativo nº 6	20/03/2020	Reconhece, para os fins do art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, a ocorrência do estado de calamidade pública, nos termos da solicitação do Presidente da República encaminhada por meio da Mensagem nº 93, de 18 de março de	https://legis.senado.leg.br/norma/31993957
Portaria 467/2020	20/03/2020	Dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional previstas no art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, decorrente da epidemia de COVID-19.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-467-de-20-de-marco-de-2020-249312996
Portaria 519/2020	24/03/2020	Homologa adesão das Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) ao Programa Saúde na Hora para o formato de funcionamento de 60 (sessenta) horas semanais Simplificado	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-519-de-18-de-marco-de-2020-250403640
Portaria 526/2020	24/03/2020	Credencia Municípios a receberem incentivos financeiros referentes às Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF).	

Portaria 530/2020	25/03/2020	Homologa adesão das Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) ao Programa Saúde na Hora para o formato de funcionamento de 60 (sessenta) horas semanais Simplificado	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-530-de-25-de-marco-de-2020-249807407
Edital nº 8/2020	26/03/2020	o Edital tem por objeto realizar o chamamento público do Distrito Federal e de municípios classificados nos perfis de 1 a 8, de acordo com a Resolução nº 1 de 2 de outubro de 2015 da Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, nominados na relação dos entes federativos elegíveis, que será disponibilizada, a cada chamada, no endereço eletrônico para renovação da adesão ao Projeto Mais Médicos para o Brasil, nos termos da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 e demais normativos regulamentares do Projeto e confirmação das vagas disponíveis e previamente autorizadas, conforme critérios estabelecidos neste Edital.	http://maismedicos.gov.br
Edital nº 9/2020	26/03/2020	Edital tem por objeto realizar o chamamento público de médicos intercambistas, oriundos da cooperação internacional, indicados no Anexo II deste Edital, lista disponibilizada, no endereço eletrônico que atendam aos requisitos do art. 23-A da Lei nº 12.871/2013, acrescido pelo art. 34 da Lei nº 13.958/2019, para manifestarem interesse na reincorporação ao Projeto Mais Médicos para o Brasil, pelo prazo improrrogável de 2 (dois) anos.	http://maismedicos.gov.br

Portaria 23/2020	26/03/2020	Altera o Anexo da Portaria nº 303/SGTES/MS, de 17 de outubro de 2017, que divulga a lista dos nomes e respectivos registros únicos de médicos intercambistas participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil.	
Portaria 24/2020	26/03/2020	Altera o Anexo da Portaria nº 291/SGTES/MS, de 22 de setembro de 2017, que divulga a lista dos nomes e respectivos registros únicos de médicos intercambistas participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil.	
Portaria 581/2020	27/03/2020	Habilita o Estado, Município ou Distrito Federal a receber recursos financeiros de capital destinados à execução de obras de construção.	
Portaria 27/2020	31/03/2020	Altera o Anexo da Portaria nº 55/SGTES/MS, de 16 de abril de 2019, que divulga a lista dos nomes e respectivos registros únicos de médicos intercambistas participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil.	
Portaria 639/2020	31/03/2020	Dispõe sobre a Ação Estratégica “O Brasil Conta Comigo – Profissionais da Saúde”, voltada à capacitação e ao cadastramento de profissionais da área de saúde, para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19)	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-639-de-31-de-marco-de-2020-250847738
Portaria 672/2020	01/04/2020	Homologa adesão das Unidades de Saúde da Família (USF) ao Programa Saúde na Hora.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-672-de-1-de-abril-de-2020-251064187

Portaria 373/2020	01/04/2020	Homologa adesão das Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) ao Programa Saúde na Hora para o formato de funcionamento de 60 (sessenta) horas semanais Simplificado.	
Portaria 674/2020	01/04/2020	Homologa adesão das Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) ao Programa Saúde na Hora para o formato de funcionamento de 60 (sessenta) horas semanais Simplificado	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-674-de-1-de-abril-de-2020-251066764
Portaria 774/2020	09/04/2020	Estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde – Grupos do Piso de Atenção Básica-PAB e de Atenção de Média e Alta Complexidade-MAC, a ser disponibilizado aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à atenção primária à saúde e à assistência ambulatorial e hospitalar decorrente do coronavírus – COVID 19.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-774-de-9-de-abril-de-2020-251969714
Nota Técnica Específica 05/2020	abr/20	Orientação aos Gestores Municipais acerca da Portaria GM Nº 774 de 09 de Abril de 2020 que Estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde - Grupos do Piso de Atenção Básica-PAB e de Atenção de Média e Alta Complexidade-MAC, a ser disponibilizado aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à atenção primária à saúde e à assistência ambulatorial e hospitalar decorrente do coronavírus - COVID 19.	https://dbcf07cf-3712-4126-9bd1-51d1e1ba5738.filesusr.com/ugd/4979d2_763ae54029244a6388f2f2ec5a4c66c8.pdf

Nota Técnica CONASEMS	03/04/2020	Nota Técnica sobre legislações de Orçamento e Planejamento	https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/04/2020_Nota-CONASEMS-.pdf
Lei 172/2020	15/04/2020	Dispõe sobre a transposição e a transferência de saldos financeiros constantes dos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, provenientes de repasses federais	https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=515&pagina=1&data=16/04/2020&totalArquivos=95
Lei 13.989/2020	15/04/2020	Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2).	https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=515&pagina=1&data=16/04/2020&totalArquivos=95
Portaria 804/2020	14/04/2020	Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o fluxo de credenciamento desburocratizado para serviços e equipes de saúde no âmbito da Secretaria de Atenção Primária à Saúde.	https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=16/04/2020&jornal=515&pagina=71&totalArquivos=95
Portaria 801/2020	14/04/2020	Credencia automaticamente como equipes de Atenção Primária (eAP) os códigos das Identificações Nacionais de Equipe – INE das equipes de Atenção Básica com carga horária equivalente à Equipe de Saúde da Família certificadas no 3º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).	

Portaria 28/2020	14/04/2020	Altera o Anexo da Portaria nº 169/SGTES/MS, de 26 de abril de 2018, que divulga a lista dos nomes e respectivos registros únicos de médicos intercambistas participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil.	https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=515&pagina=1&data=16/04/2020&totalArquivos=95
Lei Complementar 172/2020	15/04/2020	Dispõe sobre a transposição e a transferência de saldos financeiros constantes dos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, provenientes de repasses federais.	https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=515&pagina=1&data=16/04/2020&totalArquivos=95
Lei 13.989/2020	15/04/2020	Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2)	
Nota Técnica CONASEMS “O Brasil conta comigo”	15/04/2020	https://www.conasems.org.br/nota-orientacoes-sobre-acao-estrategica-o-brasil-conta-comigo/	
FAQ ApoiASUS (O Brasil Conta Comigo - Acadêmico)	15/04/2020	https://sgtes.unasus.gov.br/apoiasus/faq/default.asp	
DECRETO Estadual Nº 55.128/2020	19/03/2020	Declara estado de calamidade pública em todo o território do Estado do Rio Grande do Sul para fins de prevenção e de enfrentamento à epidemia causada pelo COVID-19 (novo Coronavírus), e dá outras providências.	https://saude-admin.rs.gov.br/upload/arquivos/202003/19125910-decreto-55-128-20.pdf
Nota Técnica Específica 06/2020 COSEMS RS	19/03/2020	Sobre Decreto 55.128/2020.	https://dbcf07cf-3712-4126-9bd1-51d1e1ba5738.filesusr.com/ugd/4979d2_ecc16b659f184dd0b25587473d865e16.pdf

PORTARIA Nº 1.319, DE 18 DE MAIO DE 2020	18/05/2020	Credencia municípios a receberem incentivos financeiros referentes aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), às Equipes de Saúde da Família (eSF) e às equipes de Saúde Bucal (eSB).	PORTARIA Nº 1.319, DE 18 DE MAIO DE 2020 - PORTARIA Nº 1.319, DE 18 DE MAIO DE 2020 - DOU - Imprensa Nacional (in.gov.br)
Portaria 1434/2020	28/05/2020	Institui o Programa Conecte SUS e altera a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede Nacional de Dados em Saúde e dispor sobre a adoção de padrões de interoperabilidade em saúde	https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=29/05/2020&journal=515&pagina=231&totalArquivos=263 https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.434-de-28-de-maio-de-2020-259143327
Portaria 36/2020	28/05/2020	Altera o Anexo da Portaria nº 49/SGTES/MS, de 3 de abril de 2019, que divulga a lista dos nomes e respectivos registros únicos de médicos intercambistas participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil.	http://189.28.128.100/dab/docs/portal_dab/documentos/NI_registro_e-SUS_Notifica_Endereco_Pop_Rua.pdf
Portaria 37/2020	28/05/2020	Altera o Anexo da Portaria nº 49/SGTES/MS, de 3 de abril de 2019, que divulga a lista dos nomes e respectivos registros únicos de médicos intercambistas participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil.	http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-65-de-6-de-maio-de-2020-255614645
Nota Informativa 05/2020	08/05/2020	Esta nota informava visa orientar quanto ao preenchimento de Notificação Imediata dos casos de Síndrome Gripal (SG) leves no e-SUS VE das pessoas sem logradouro definido como as pessoas em	http://189.28.128.100/dab/docs/portal_dab/documentos/NI_registro_e-SUS_Notifica_Endereco_Pop_Rua.pdf

		situação de rua, pertencentes a comunidades tradicionais, ribeirinhos, população cigano, etc	
Portaria 65/2020	06/05/2020	Aprova orientações e recomendações gerais aos gestores e trabalhadores do Sistema Único de Assistência Social dos estados, municípios e Distrito Federal quanto ao atendimento nos serviços de acolhimento de pessoas idosas ou com deficiência no contexto de emergência em saúde pública decorrente do novo Coronavírus, COVID-19.	http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-65-de-6-de-maio-de-2020-255614645
Portaria 369/2020	29/04/2020	Dispõe acerca do atendimento do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal - Cadastro Único, disposto pelo Decreto no 6.135, de 26 de junho de 2007, no Distrito Federal e nos municípios que estejam em estado de calamidade pública ou em situação de emergência reconhecidos pelos governos estadual, municipal, do Distrito Federal ou Federal, inclusive a Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional declarada pela Organização Mundial da Saúde, em 30 de janeiro de 2020, em decorrência da Infecção Humana pelo novo coronavírus (COVID-19).	http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-369-de-29-de-abril-de-2020-254678622

Portaria 1579/2020	19/06/2020	Credencia temporariamente municípios a receberem incentivos financeiros referentes aos Centros de Atendimento para Enfrentamento da Covid-19, em caráter excepcional e temporário, considerando o cenário emergencial de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19)	https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jshttps://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=22/06/2020&jornal=515&pagina=114&totalArquivos=181
Portaria 38/2020	19/06/2020	Define e homologa os códigos referentes às Identificações Nacionais de Equipe - INE das equipes de Atenção Primária à Saúde - APS credenciadas e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES para fins da transferência dos incentivos de custeio federal, acompanhamento, monitoramento e avaliação.	https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=22/06/2020&jornal=515&pagina=126&totalArquivos=181
Portaria 39/2020	19/06/2020	Define e homologa os códigos referentes às Identificações Nacionais de Equipe - INE das equipes de Atenção Primária à Saúde - APS credenciadas e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES para fins da transferência dos incentivos de custeio federal, acompanhamento, monitoramento e avaliação.	https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=22/06/2020&jornal=515&pagina=128&totalArquivos=181

Portaria 40/2020	26/06/2020	Divulga a lista dos médicos com alocação homologada no Projeto Mais Médicos para o Brasil na seleção do Edital SAPS/MS nº 5 de 11 de março de 2020.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-40-de-26-de-junho-de-2020-263900083
Portaria 41/2020	29/06/2020	Divulga a lista dos nomes e respectivos registros únicos de médicos cubanos reincorporados ao Projeto Mais Médicos para o Brasil.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-41-de-26-de-junho-de-2020-263899880
Portaria 1.666/2020	01/07/2020	Dispõe sobre a transferência de recursos financeiros aos Estados, Distrito Federal e Municípios para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente da Coronavírus - COVID 19.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.666-de-1-de-julho-de-2020-264505695
Portaria 1.696/2020	03/07/2020	Dispõe sobre a alteração do prazo para alcance da meta de cadastro dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), previsto no art. 4º da Portaria nº 3.263/GM/MS, de 11 de dezembro de 2019, que estabelece o incentivo financeiro de custeio federal para implementação e fortalecimento das ações de cadastramento dos usuários do Sistema Único de Saúde, no âmbito da Atenção Primária à Saúde.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.696-de-3-de-julho-de-2020-265061861
Portaria 1.739/2020	10/07/2020	Habilita municípios a receber incentivo financeiro de custeio adicional mensal para equipes de saúde integradas a programas de formação profissional no âmbito da Atenção Primária à Saúde	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.739-de-10-de-julho-de-2020-266575331

Portaria 1.740/2020	10/07/2020	Estabelece o pagamento por desempenho do Programa Previnê Brasil considerando o resultado potencial de 100% (cem por cento) do alcance dos indicadores por equipe do Distrito Federal e municípios constantes no Anexo da Portaria nº 172/GM/MS, de 31 de janeiro de 2020, diante do contexto da emergência de saúde pública de importância nacional e internacional decorrente do coronavírus (Covid-19).	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.740-de-10-de-julho-de-2020-266574629
Portaria 1741/2020	13/07/2020	Prorroga o prazo para adequação do cadastro de equipes, referente à Portaria nº 3.566/GM/MS, de 19 de dezembro de 2019, que fixa o quantitativo de equipes de Saúde de Família e equipe Saúde Bucal composta por profissionais com carga horária individual de 40 horas semanais e estabelece regra transitória para às equipes de Saúde da Família com as tipologias I, II, III, IV e V (Transitória), considerando o contexto da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo Coronavírus (Covid-19).	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.741-de-13-de-julho-de-2020-266574636
Portaria 1.742/2020	13/07/2020	Credencia temporariamente municípios a receberem incentivo financeiro referente aos Centros Comunitários de Referência para Enfrentamento da Covid-19 e incentivo financeiro federal adicional per capita, em caráter excepcional e temporário, considerando o cenário emergencial de saúde pública de importância nacional e internacional decorrente do coronavírus (Covid-19).	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.742-de-13-de-julho-de-2020-266574834

Portaria 1.857/2020	28/07/2020	Dispõe sobre a transferência de incentivos financeiros aos Municípios e ao Distrito Federal para combate à Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus/Covid-19, considerando as escolas públicas da rede básica de ensino.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.857-de-28-de-julho-de-2020-268993763
Nota Técnica 11/2020 COSEMS RS	01/08/2020	Orientação aos Gestores Municipais acerca da Portaria Nº 2.027 de 07 de agosto de 2020, que altera a Portaria 1. 857 de 28 de julho de 2020 e que "Dispõe sobre a transferência de incentivos financeiros federais aos Municípios e ao Distrito Federal, em caráter excepcional e temporário, considerando ações de saúde nas escolas da rede básica de ensino no enfrentamento da emergência em saúde pública de importância nacional e internacional em decorrência do coronavírus (COVID-19)."	https://dbcf07cf-3712-4126-9bd1-51d1e1ba5738.filesusr.com/ugd/4979d2_df4174d519e94e11aa69aa8d5950dd47.pdf
Nota Técnica CONASEMS	27/03/2020	Mudança dos Parâmetros Programa Saúde na Hora	https://www.conasems.org.br/entenda-os-parametros-minimos-para-unidades-de-saude-com-horario-estendido-receb-erem-incentivo-financeiro/
Nota Técnica Oxímetros CONASEMS	21/07/2020	https://www.conasems.org.br/confira-a-lista-de-municipios-com-o-quantitativo-de-oximetros-doados/nota-tecnica-oximetros/	
Portaria 1.445/2020	29/05/2020	Institui os Centros de Atendimento para Enfrentamento à Covid19, em caráter excepcional e temporário, considerando o cenário	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.444-de-29-de-maio-de-2020-259414882

		emergencial de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19).	
Portaria 1.444/2020	29/05/2020	Institui os Centros de Atendimento para Enfrentamento à Covid-19, em caráter excepcional e temporário, considerando o cenário emergencial de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19).	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.445-de-29-de-maio-de-2020-259414867
Nota Técnica MS nº 18/2020	22/07/2018	Nota Técnica que trata dos Centros de Atendimento para Enfrentamento da Covid-19, em caráter excepcional e temporário, considerando o cenário emergencial de saúde pública de importância internacional	https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200618_N_SEIMS-0015149792-NotaTecnica-CentrodeAtendimento_11_01531045354655538.pdf
Portaria 42/2020	16/07/2020	Prorroga o prazo da Portaria no 29/SAPS/MS, de 16 de abril de 2020, para dispor sobre o prazo da etapa de transição da capitação ponderada do Programa Previne Brasil.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-42-de-16-de-julho-de-2020-267269837
Nota Técnica nº 23 SAPS	30/07/2020	Orientações gerais para registro/cadastro no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) das equipes que atuam na Atenção Primária à Saúde, considerando o disposto na Portaria nº 99/SAES/MS, de 07 de fevereiro de 2020.	https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200730_N_SEIMS-0015790945-NotaTecnicaPortaria9930072020_3467625911253263107.pdf
Nota Técnica 1.151 SAPS	30/07/2020	Orientações gerais para registro/cadastro no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) das equipes que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) compostas por Agentes	https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200731_N_SEIMS-0015940189-NotaTecnicaACSPortaria111530072020_3099124117968773408.pdf

		Comunitários de Saúde (ACS), considerando o disposto na Portaria nº 99/SAES/MS, de 7 de fevereiro de 2020.	
Portaria 564/2020	08/07/2020	Inclui na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, o procedimento da Atenção Primária no âmbito do Programa Saúde na Escola (PSE) "Prevenção à Covid-19 nas Escolas".	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-564-de-8-de-julho-de-2020-269397036
Portaria 601/2020	15/07/2020	Inclui procedimentos, na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, no âmbito do Conjunto Mínimo de Dados, no Repositório de Terminologias em Saúde.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-601-de-15-de-julho-de-2020*-269668705
Perguntas Live INFORMATIZA APS	03/08/2020	Perguntas e respostas sobre Informatiza APS	https://www.conasems.org.br/live-conasems-tire-suas-duvidas-sobre-o-informatiza-aps-nesta-quarta-feira-29/
Portaria 2.067/2020	11/08/2020	Credencia temporariamente municípios a receberem incentivos financeiros referentes aos Centros de Atendimento para Enfrentamento da COVID-19, em caráter excepcional e temporário, considerando o cenário emergencial de saúde pública de importância nacional e internacional decorrente do coronavírus.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.067-de-11-de-agosto-de-2020-271716140
Portaria 2071/2020	11/08/2020	Credencia temporariamente municípios a receberem incentivos financeiros referentes aos Centros de Atendimento para Enfrentamento da COVID-19, em caráter excepcional e temporário,	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.071-de-11-de-agosto-de-2020-271716335

		considerando o cenário emergencial de saúde pública de importância nacional e internacional decorrente do coronavírus.	
Portaria 2.138/2020	14/08/2020	Repasso de recursos destinados à realização de Novos Exames de Pré-Natal da Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.138-de-14-de-agosto-de-2020-272511839
Portaria 45/2020	19/08/2020	Define e homologa os códigos referentes às Identificações Nacionais de Equipe - INE das equipes de Atenção Primária à Saúde - APS credenciadas e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES para fins da transferência dos incentivos de custeio federal, acompanhamento, monitoramento e avaliação.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-45-de-19-de-agosto-de-2020-273467857
Portaria 44/2020	19/08/2020	Define e homologa os códigos referentes às Identificações Nacionais de Equipe - INE das equipes de Atenção Primária à Saúde - APS credenciadas e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES para fins da transferência dos incentivos de custeio federal, acompanhamento, monitoramento e avaliação	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-44-de-19-de-agosto-de-2020-273467456
Portaria 2.222/2020	25/08/2020	Institui, em caráter excepcional e temporário, Ações Estratégicas de Apoio à Gestação, Pré-Natal e Puerpério e o incentivo financeiro federal de custeio para o enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da pandemia do coronavírus.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.222/gm/ms-de-25-de-agosto-de-2020-274149904

Portaria 47/2020	28/08/2020	Prorroga o prazo da etapa de transição da capitação ponderada do Programa Previne Brasil, referente à Portaria nº 2.979/GM/MS, de 12 de novembro de 2019, para as equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária do Distrito Federal e municípios constantes no Anexo da Portaria nº 172/GM/MS, de 31 de janeiro de 2020, considerando o contexto da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus (covid-19)	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-47-de-28-de-agosto-de-2020-274962801
Portaria 2.358/2020	02/09/2020	Institui incentivo de custeio, em caráter excepcional e temporário, para a execução de ações de rastreamento e monitoramento de contatos de casos de Covid-19.	https://www.conass.org.br/conass-informa-n-367-2020-publicada-a/
Vídeo Orientativo CONASEMS	02/09/2020	Como realizar cadastro de usuário:	https://www.youtube.com/watch?v=-xl6o0h69xM&feature=youtu.be
Nota Técnica SISAB Cadastros	02/09/2020	Nota Técnica sobre Cadastros não Validados	https://sisab.saude.gov.br/resource/file/nota_tecnica_relatorio_de_cadastros_nao_validados_200526.pdf
Nota Técnica SISAB Cadastros Inconsistências	02/09/2020	Nota Técnica sobre Cadastros Válidos e a relação destes com a tipologia do município definida pela Fundação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), disponível	https://sisab.saude.gov.br/resource/file/nota_tecnica_relatorio_cadastro_191219.pdf
PORTARIA 2.503/2020	18/09/2020	Homologa a adesão das Equipes de Saúde da Família informatizadas ao Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde (Informatiza APS).	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.503-de-18-de-setembro-de-2020-278470482

PORTARIA 2.485/2020	18/09/2020	Credencia temporariamente municípios a receber incentivo financeiro referente aos Centros Comunitários de Referência para Enfrentamento da Covid-19, em caráter excepcional e temporário, considerando o cenário emergencial de saúde pública de importância nacional e internacional decorrente do coronavírus.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.485-de-18-de-setembro-de-2020-278470552
<u>Nota Técnica nº 30/2020-Desf/Saps/MS</u>	18/09/2020	O documento também traz mais informações sobre execução da estratégia, cadastros dos profissionais e registro das informações nos sistemas de saúde. Relacionada a Portaria 2358/2020	https://aps.saude.gov.br/noticia/9896
Nota Técnica 13 COSEMS RS	22/09/2020	PORTARIA Nº 2.358/GM/MS, DE 02 DE SETEMBRO DE 2020 ASSUNTO: Institui incentivo de custeio, em caráter excepcional e temporário, para a execução de ações de rastreamento e monitoramento de contatos de casos de Covid-19.	
Nota Técnica 12/2020	25/08/2020	Institui, em caráter excepcional e temporário, Ações Estratégicas de Apoio à Gestaçã, Pré-Natal e Puerpério e o incentivo financeiro federal de custeio para o enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da pandemia do coronavírus.	https://dbcf07cf-3712-4126-9bd1-51d1e1ba5738.filesusr.com/ugd/4979d2_ca d8630054a84694a4f5e45a43f02a95.pdf
PORTARIA Nº 52, DE 29 DE SETEMBRO DE 2020	29/09/2020	Define e homologa os códigos referentes às Identificações Nacionais de Equipe - INE das equipes de Atenção Primária à Saúde - APS credenciadas e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES para fins da transferência dos	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-52-de-29-de-setembro-de-2020-280239104

		incentivos de custeio federal, acompanhamento, monitoramento e avaliação	
Portaria 2.405/2020	16/09/2020	Institui incentivo financeiro federal de custeio, em caráter excepcional e temporário, aos municípios e Distrito Federal para o fortalecimento das equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde no cuidado às populações específicas, no contexto da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da Covid-19.	http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-2.405-de-16-de-setembro-de-2020-277907703
<u>PORTARIA Nº 2.632, DE 29 DE SETEMBRO DE 2020</u>	29/09/2020	Dispõe sobre a alteração do prazo para alcance da meta de cadastro dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), previsto no art. 4º da Portaria nº 3.263/GM/MS, de 11 de dezembro de 2019, que estabelece o incentivo financeiro de custeio federal para implementação e fortalecimento das ações de cadastramento dos usuários do Sistema Único de Saúde, no âmbito da Atenção Primária à Saúde	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-52-de-29-de-setembro-de-2020-280239104
Playlist CONASEMS Vídeos	05/10/2020	O Conasems criou uma playlist no nosso canal no YouTube com mais de 20 vídeos explicativos. Lá você vai encontrar 3 lives orientativas sobre o Programa, vídeos tutoriais sobre como atualizar os sistemas de informação do SUS, além de 8 mini aulas sobre aspectos do Previne Brasil.	https://www.youtube.com/playlist?list=PLR3_tmYi7H3ybzxZsTD4dNoX2xuVJqLh_n

Nota Informativa CEAB/COSEMS PMAQ	05/10/2020	Nota de esclarecimento/alerta Coordenação Estadual de Atenção Básica (SES/RS) e Cosems RS a gestores municipais e equipes de Atenção Básica: transição do modelo de financiamento federal da APS componente desempenho (PMAQ para o Programa Previne Brasil)	https://www.cosemsrs.org.br/orientacoes-tecnicas
PORTARIA Nº 2.684, DE 2 DE OUTUBRO DE 2020	02/10/2020	Define recursos financeiros destinados à aquisição de equipamentos odontológicos para os Municípios que implantaram Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.684-de-2-de-outubro-de-2020-281069886
PORTARIA Nº 2.713, DE 6 DE OUTUBRO DE 2020	06/10/2020	Dispõe sobre o método de cálculo e estabelece o valor do incentivo financeiro federal de custeio do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil	http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-2.713-de-6-de-outubro-de-2020-281542903
NOTA TÉCNICA CONJUNTA 001/2020	22/10/2020	Orientações sobre a aplicação dos recursos federais recebidos pelos municípios, na modalidade fundo a fundo, para enfrentamento à COVID-19	https://bit.ly/3dQ0DYH
PORTARIA Nº 2.918, DE 21 DE OUTUBRO DE 2020	21/10/2020	Credencia municípios a receberem incentivos financeiros referentes às Equipes de Saúde Bucal com carga horária diferenciada.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.918-de-21-de-outubro-de-2020-284713751
EDITAL SAPS/MS Nº 8, DE 26 DE MARÇO DE 2020 RELAÇÃO DOS MUNICÍPIOS ELEGÍVEIS	4ª Chamada	Relação de municípios participantes do PMM com vagas autorizadas para essa 4ª chamada de reincorporação dos médicos cubanos, em curso	http://maismedicos.gov.br/images/relacao_de_municipios_elegiveis_4chamada_23_10_2020.pdf

<p>PORTARIA Nº 59, DE 26 DE OUTUBRO DE 2020</p>	<p>26/10/2020</p>	<p>Prorroga o prazo da etapa de transição da capitação ponderada do Programa Previne Brasil, referente à Portaria nº 2.979/GM/MS, de 12 de novembro de 2019, para as equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária do Distrito Federal e municípios, considerando o contexto da emergência de saúde pública de importância nacional e internacional decorrente do coronavírus (Covid-19).</p>	<p>https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-59-de-26-de-outubro-de-2020-285017450</p>
<p>PORTARIA Nº 2.994, DE 29 DE OUTUBRO DE 2020</p>	<p>29/10/2020</p>	<p>Institui, em caráter excepcional e temporário, incentivo financeiro federal para atenção às pessoas com obesidade, diabetes mellitus ou hipertensão arterial sistêmica no âmbito da Atenção Primária à Saúde, no Sistema Único de Saúde, no contexto da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da pandemia do novo coronavírus.</p>	<p>https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.994-de-29-de-outubro-de-2020-285765919</p>
<p>PORTARIA Nº 3.008, DE 4 DE NOVEMBRO DE 2020</p>	<p>04/11/2020</p>	<p>Institui, em caráter excepcional e temporário, incentivos financeiros federais de custeio para apoiar a reorganização e adequação dos ambientes voltados à assistência odontológica na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Especializada, para viabilização do acesso e resolução das demandas de saúde bucal em condições adequadas para a mitigação dos riscos individuais e coletivos relacionados à Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da pandemia do coronavírus (Covid-19), declarada pela Portaria nº 188/GM/MS, de 3 de fevereiro de 2020.</p>	<p>https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.008-de-4-de-novembro-de-2020-286409445</p>

PORTARIA Nº 3.017, DE 4 DE NOVEMBRO DE 2020	04/11/2020	Institui, em caráter excepcional e temporário, incentivos financeiros federais de capital, para apoiar a estruturação, reorganização e adequação dos ambientes voltados à <u>assistência odontológica na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Especializada</u> , para enfrentamento à Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da pandemia do Coronavírus (Covid19).	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.017-de-4-de-novembro-de-2020-286969272
PORTARIA Nº 3.067, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2020	12/11/2020	Estende o prazo para credenciamento e repasse do incentivo financeiro de custeio para os Centros Comunitários de Referência para Enfrentamento da Covid-19, de que trata a Portaria nº 1.444/GM/MS, de 29 de maio de 2020, e os Centros de Atendimento para Enfrentamento da Covid-19, de que trata a Portaria nº 1.445/GM/MS, de 29 de maio de 2020.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.067-de-11-de-novembro-de-2020-287777555
PORTARIA Nº 3.069, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2020	12/11/2020	Institui o projeto piloto e o incentivo financeiro federal de custeio, para o desenvolvimento de ações de promoção para cuidado integral à saúde do homem e prevenção do câncer de pênis no âmbito da Atenção Primária à Saúde.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.069-de-11-de-novembro-de-2020-287806065
PORTARIA Nº 65, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2020	13/11/2020	Dispõe sobre a adesão ao repasse financeiro excepcional e temporário de incentivo federal de capital, em parcela única, para apoiar a estruturação, reorganização e adequação dos ambientes de atendimento odontológico das Equipes de Saúde Bucal e dos Centros de Especialidades Odontológicas, normatizado pela Portaria nº 3.017, de 04 de novembro de 2020, do Ministério da Saúde.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-65-de-12-de-novembro-de-2020-288070165

PORTARIA Nº 3.186, DE 26 DE NOVEMBRO DE 2020	27/11/2020	Institui, em caráter excepcional e temporário, incentivo financeiro federal a Estados, Distrito Federal e Municípios, destinado à aquisição de equipamentos para reorganização do processo de trabalho e qualificação do cuidado e assistência nos estabelecimentos saúde Municipais, Distritais e Estaduais de administração pública no âmbito do Sistema Único de Saúde, que prestam assistência às gestantes, parturientes, recém-nascidos e puérperas, no contexto da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente do Coronavírus.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.186-de-26-de-novembro-de-2020-290790565
PORTARIA Nº 60, DE 26 DE NOVEMBRO DE 2020	27/11/2020	Define as regras de validação das equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde, para fins da transferência dos incentivos financeiros federais de custeio.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-60-de-26-de-novembro-de-2020-290853767
PORTARIA Nº 63, DE 1º DE DEZEMBRO DE 2020	02/12/2020	Define as regras de adesão ao incentivo financeiro federal para a informatização das equipes de Saúde da Família e de Atenção Primária, por meio da implementação de Prontuário Eletrônico.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-63-de-1-de-dezembro-de-2020-291534546
PORTARIA Nº 62, DE 1º DE DEZEMBRO DE 2020	02/12/2020	Divulga a lista final dos médicos brasileiros formados em Instituições de Educação Superior estrangeiras, participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil que tiveram a prorrogação automática validada, nos termos do Edital SAPS/MS nº 12, de 17 de novembro de 2020.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-62-de-1-de-dezembro-de-2020-291567830

PORTARIA Nº 61, DE 1º DE DEZEMBRO DE 2020	02/12/2020	Prorroga o prazo de adesão dos estados, municípios e Distrito Federal ao repasse financeiro excepcional e temporário de incentivo federal de capital, em parcela única, para apoiar a estruturação, reorganização e adequação dos ambientes de atendimento odontológico das Equipes de Saúde Bucal e dos Centros de Especialidades Odontológicas, normatizado pela Portaria nº 3.017, de 04 de novembro de 2020, do Ministério da Saúde.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-61-de-1-de-dezembro-de-2020-291534463
PORTARIA GM/MS Nº 3.278, DE 3 DE DEZEMBRO DE 2020	03/12/2020	Fixa o valor do incentivo financeiro federal de custeio referente aos Agentes de Combate às Endemias.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.278-de-3-de-dezembro-de-2020-292449994
PORTARIA GM/MS Nº 3.297, DE 4 DE DEZEMBRO DE 2020	04/12/2020	Institui, em caráter excepcional e temporário, o incentivo financeiro de custeio para as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e da alimentação complementar adequada e saudável para crianças menores de 2 (dois) anos de idade no âmbito da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), na Atenção Primária à Saúde.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.297-de-4-de-dezembro-de-2020-292436493
PORTARIA GM/MS Nº 3.317, DE 7 DE DEZEMBRO DE 2020	08/12/2020	Fixa o valor do incentivo financeiro federal de custeio referente aos Agentes Comunitários de Saúde.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.317-de-7-de-dezembro-de-2020-292747276

PORTARIA Nº 66, DE 7 DE DEZEMBRO DE 2020	08/12/2020	Redefine e homologa os códigos referentes às Identificações Nacionais de Equipe do Anexo I da Portaria nº 49/SAPS/MS, de 27 de dezembro de 2019 em equipes de Atenção Primária credenciadas e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde para fins da transferência dos incentivos de custeio federal, acompanhamento, monitoramento e avaliação.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-66-de-7-de-dezembro-de-2020-292747352
PORTARIA Nº 68, DE 7 DE DEZEMBRO DE 2020	08/12/2020	Define e homologa os códigos referentes às Identificações Nacionais de Equipe - INE das equipes de Atenção Primária à Saúde - APS credenciadas e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES para fins da transferência dos incentivos de custeio federal, acompanhamento, monitoramento e avaliação	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-68-de-7-de-dezembro-de-2020-292743506
PORTARIA MS Nº 3.241, DE 7 DE DEZEMBRO DE 2020	09/12/2020	Institui o Programa Saúde com Agente, destinado à formação técnica dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-ms-n-3.241-de-7-de-dezembro-de-2020-293178860
PORTARIA GM/MS Nº 3.260, DE 2 DE DEZEMBRO DE 2020	09/12/2020	Altera as Portarias de Consolidação nº 3/GM/MS e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para acrescentar a possibilidade de realização de visita técnica por meio de videochamada, e dá outras providências.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.260-de-2-de-dezembro-de-2020-293195294

<p>PORTARIA Nº 69, DE 8 DE DEZEMBRO DE 2020</p>	<p>09/12/2020</p>	<p>Define e homologa os códigos referentes às Identificações Nacionais de Equipe - INE das equipes de Atenção Primária à Saúde - APS credenciadas e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES para fins da transferência dos incentivos de custeio federal, acompanhamento, monitoramento e avaliação</p>	<p>https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-69-de-8-de-dezembro-de-2020-293198106</p>
<p>PORTARIA Nº 70, DE 8 DE DEZEMBRO DE 2020</p>	<p>09/12/2020</p>	<p>Define e homologa os códigos referentes às Identificações Nacionais de Equipe - INE das equipes de Atenção Primária à Saúde - APS credenciadas e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES para fins da transferência dos incentivos de custeio federal, acompanhamento, monitoramento e avaliação.</p>	<p>https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-70-de-8-de-dezembro-de-2020-293198851</p>
<p>PORTARIA Nº 64, DE 7 DE DEZEMBRO DE 2020</p>	<p>09/12/2020</p>	<p>Define e homologa os códigos referentes às Identificações Nacionais de Equipe - INE das equipes de Atenção Primária à Saúde - APS credenciadas e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES para fins da transferência dos incentivos de custeio federal, acompanhamento, monitoramento e avaliação.</p>	<p>https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-64-de-7-de-dezembro-de-2020-293196256</p>
<p>PORTARIA Nº 71, DE 10 DE DEZEMBRO DE 2020</p>	<p>11/12/2020</p>	<p>Divulga a lista dos nomes e respectivos registros únicos de médicos cubanos reincorporados ao Projeto Mais Médicos para o Brasil.</p>	<p>https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-71-de-10-de-dezembro-de-2020-293542316</p>

PORTARIA Nº 72, DE 10 DE DEZEMBRO DE 2020	11/12/2020	Altera o Anexo da Portaria nº 49/SGTES/MS, de 3 de abril de 2019, que divulga a lista dos nomes e respectivos registros únicos de médicos intercambistas participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-72-de-10-de-dezembro-de-2020-293531874
PORTARIA Nº 73, DE 10 DE DEZEMBRO DE 2020	11/12/2020	Altera o Anexo da Portaria nº 49/SGTES/MS, de 3 de abril de 2019, que divulga a lista dos nomes e respectivos registros únicos de médicos intercambistas participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-73-de-10-de-dezembro-de-2020-293540571
PORTARIA Nº 74, DE 10 DE DEZEMBRO DE 2020	11/12/2020	Altera a Portaria nº 39/SAPS/MS, de 19 de junho de 2020, que define e homologa os códigos referentes às Identificações Nacionais de Equipe - INE das equipes de Atenção Primária à Saúde - APS credenciadas e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES para fins da transferência dos incentivos de custeio federal, acompanhamento, monitoramento e avaliação.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-74-de-10-de-dezembro-de-2020-293540053
PORTARIA Nº 75, DE 10 DE DEZEMBRO DE 2020	11/12/2020	Altera a Portaria nº 43/SAPS/MS, de 16 de julho de 2020, que define e homologa os códigos referentes às Identificações Nacionais de Equipe - INE das equipes de Atenção Primária à Saúde - APS credenciadas e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES para fins da transferência dos incentivos de custeio federal, acompanhamento, monitoramento e avaliação	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-75-de-10-de-dezembro-de-2020-293540127

PORTARIA GM/MS Nº 3.396, DE 11 DE DEZEMBRO DE 2020	14/12/2020	Dispõe sobre a transferência de incentivo financeiro federal de custeio para o fortalecimento das ações de equidade na Atenção Primária à Saúde considerando o cadastro de povos e comunidades tradicionais.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.396-de-11-de-dezembro-de-2020-293856921
PORTARIA GM/MS Nº 3.391, DE 10 DE DEZEMBRO DE 2020	14/12/2020	Habilita estado, município e o Distrito Federal a receber incentivo financeiro federal de capital para estruturação e adequação dos ambientes de assistência odontológica na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Especializada, no enfrentamento à Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional decorrente da pandemia do Coronavírus (Covid19).	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.391-de-10-de-dezembro-de-2020-293835985
PORTARIA Nº 3.389, DE 10 DE DEZEMBRO DE 2020	15/12/2020	Habilita estado, município e o Distrito Federal a receber incentivo financeiro federal de capital para estruturação e adequação dos ambientes de assistência odontológica na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Especializada, no enfrentamento à Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional decorrente da pandemia do Coronavírus (Covid19).	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.389-de-10-de-dezembro-de-2020-294088952
PORTARIA Nº 3.393, DE 11 DE DEZEMBRO DE 2020	15/12/2020	Homologa a adesão dos municípios e Distrito Federal a receber incentivo financeiro federal de capital para informatização das equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária, por meio da implementação de Prontuário Eletrônico.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.393-de-11-de-dezembro-de-2020-294089618

PORTARIA Nº 13, DE 16 DE DEZEMBRO DE 2020	16/12/2020	Divulga a alteração do Anexo I da Portaria GAB/SGTES Nº 8, de 13 de novembro de 2020, que acrescenta a lista dos Programas de Residência Médica que farão jus ao recebimento de bolsa nos termos do Edital Nº 5, de 23 de setembro de 2020.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-13-de-16-de-dezembro-de-2020-294648738
PORTARIA GM/MS Nº 3.354, DE 16 DE DEZEMBRO DE 2020	18/12/2020	Institui, em caráter excepcional, incentivo financeiro federal de custeio para o fortalecimento das ações de equidade na Atenção Primária à Saúde, considerando as pessoas com albinismo	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.354-de-16-de-dezembro-de-2020-294933667
PORTARIA GM/MS Nº 3.473, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	18/12/2020	Habilita estados, municípios e o Distrito Federal a receberem incentivo financeiro federal de capital para estruturação e adequação dos ambientes de assistência odontológica na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Especializada, no enfrentamento à Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional decorrente do Coronavírus (Covid19).	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.473-de-17-de-dezembro-de-2020-294933762
PORTARIA GM/MS Nº 3.484, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	18/12/2020	Habilita municípios a receberem incentivo financeiro de custeio adicional mensal para equipes de saúde integradas a programas de formação profissional no âmbito da Atenção Primária à Saúde.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.484-de-17-de-dezembro-de-2020-294937112
PORTARIA GM/MS Nº 3.474, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	18/12/2020	Homologa a adesão dos municípios e Distrito Federal a receber incentivo financeiro federal de capital para informatização das equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária, por meio da implementação de Prontuário Eletrônico.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.474-de-17-de-dezembro-de-2020-294934224

<p>PORTARIA GM/MS Nº 3.627, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2020</p>	<p>22/12/2020</p>	<p>Dispõe sobre a alteração do prazo para alcance da meta de cadastro dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), previsto no art. 4º da Portaria nº 3.263/GM/MS, de 11 de dezembro de 2019, que estabelece o incentivo financeiro de custeio federal para implementação e fortalecimento das ações de cadastramento dos usuários do Sistema Único de Saúde, no âmbito da Atenção Primária à Saúde.</p>	<p>https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.627-de-21-de-dezembro-de-2020-295516205</p>
<p>PORTARIA Nº 2.503/GM/MS, DE 18 DE SETEMBRO DE 2020</p>	<p>28/12/2020</p>	<p>Homologa adesão das equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária informatizadas ao Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde (Informatiza APS).</p>	<p>https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.503/gm/ms-de-18-de-setembro-de-2020*-296458561</p>
<p>PORTARIA GM/MS Nº 3.773, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2020</p>	<p>28/12/2020</p>	<p>Altera a Portaria GM/MS nº 3.319 de 13 de dezembro de 2019, que homologa a adesão das equipes de Saúde da Família informatizadas ao Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde (Informatiza APS).</p>	<p>https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.773-de-23-de-dezembro-de-2020-296417640</p>
<p>PORTARIA GM/MS Nº 3.774, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2020</p>	<p>28/12/2020</p>	<p>Altera a Portaria GM/MS nº 285, de 20 de fevereiro de 2020, que homologa adesão das equipes de Saúde da Família informatizadas ao Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde (Informatiza APS).</p>	<p>https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.774-de-23-de-dezembro-de-2020-296510647</p>

PORTARIA GM/MS Nº 3.830, DE 29 DE DEZEMBRO DE 2020	30/12/2020	Institui, em caráter excepcional, incentivo financeiro de custeio destinado aos municípios que alcançaram as metas dos indicadores do pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil, no âmbito da Atenção Primária à Saúde.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.830-de-29-de-dezembro-de-2020-296887459
PORTARIA GM/MS Nº 3874, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2020	30/12/2020	Institui, em caráter excepcional e temporário, incentivo financeiro federal de custeio aos Municípios que receberam recursos, na competência financeira novembro do ano de 2020, para custeio dos Centros Comunitários de Referência para Enfrentamento da Covid-19, de que trata a Portaria GM/MS nº 1.444, de 29 de maio de 2020, e dos Centros de Atendimento para Enfrentamento da Covid-19, de que trata a Portaria GM/MS nº 1.445, de 29 de maio de 2020.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3874-de-30-de-dezembro-de-2020-297160631
PORTARIA Nº 1, DE 14 DE JANEIRO DE 2021	15/01/2021	Define e homologa os códigos referentes às Identificações Nacionais de Equipe - INE das equipes de Atenção Primária à Saúde - APS credenciadas e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES para fins da transferência dos incentivos de custeio federal, acompanhamento, monitoramento e avaliação.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1-de-14-de-janeiro-de-2021-299116320
PORTARIA GM/MS Nº 69, DE 14 DE JANEIRO DE 2021	18/01/2021	Institui a obrigatoriedade de registro de aplicação de vacinas contra a Covid-19 nos sistemas de informação do Ministério da Saúde	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-69-de-14-de-janeiro-de-2021-299306102

PORTARIA GM/MS Nº 166, DE 27 DE JANEIRO DE 2021	29/01/2021	Dispõe, excepcionalmente, sobre a transferência dos incentivos financeiros federais de custeio da Atenção Primária à Saúde, no âmbito do Programa Previne Brasil, para o ano de 2021.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-166-de-27-de-janeiro-de-2021-301402329
PORTARIA Nº 4, DE 28 DE JANEIRO DE 2021	29/01/2021	Institui os prazos para o envio da produção da Atenção Primária à Saúde para o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) a partir de 1º de janeiro de 2021.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-4-de-28-de-janeiro-de-2021-301404483
PORTARIA GM/MS Nº 214, DE 3 DE FEVEREIRO DE 2021	04/02/2021	Dispõe sobre os Municípios que farão jus, no primeiro quadrimestre do ano de 2021, ao incentivo financeiro de fator de correção no âmbito do Programa Previne Brasil, de que trata a Portaria GM/MS nº 166, de 27 de janeiro de 2021.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-214-de-3-de-fevereiro-de-2021-302120239
PORTARIA GM/MS Nº 238, DE 8 DE FEVEREIRO DE 2021	11/02/2021	Estabelece os valores do incentivo financeiro com base em critério populacional referente às 4 (quatro) primeiras competências financeiras do ano de 2021, no âmbito do Programa Previne Brasil, de que trata a Portaria GM/MS nº 166, de 27 de janeiro de 2021.	https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=11/02/2021&jornal=515&pagina=91
PORTARIA GM/MS Nº 247, DE 9 DE FEVEREIRO DE 2021	11/02/2020	Altera a Portaria GM/MS nº 166, de 27 de janeiro de 2021.	https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=11/02/2021&jornal=515&pagina=149&totalArquivos=159
PORTARIA Nº 5, DE 11 DE FEVEREIRO DE 2021	12/02/2021	Divulga a lista dos nomes e respectivos registros únicos de médicos intercambistas ao Projeto Mais Médicos para o Brasil.	https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=12/02/2021&jornal=515&pagina=98&totalArquivos=182

<p>PORTARIA Nº 6, DE 17 DE FEVEREIRO DE 2021</p>	<p>18/02/2021</p>	<p>Define e homologa os códigos referentes às Identificações Nacionais de Equipe - INE das equipes de Atenção Primária à Saúde - APS credenciadas e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES para fins da transferência dos incentivos de custeio federal, acompanhamento, monitoramento e avaliação.</p>	<p>https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=18/02/2021&jornal=515&pagina=121&totalArquivos=150</p>
<p>MEDIDA PROVISÓRIA Nº 1.032, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021</p>	<p>25/02/2021</p>	<p>Abre crédito extraordinário, em favor do Ministério da Saúde, no valor de R\$ 2.861.205.000,00, para os fins que especifica</p>	<p>https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=25/02/2021&jornal=515&pagina=4</p>
<p>Relatório de Validação de Dados</p>	<p>04/03/2021</p>	<p>O Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab) passa a contar com o Relatório de Validação de Dados. Uma nota informativa foi elaborada para auxiliar gestores no uso da ferramenta, que servirá de referência para qualificar o monitoramento e o envio de dados do sistema e-SUS e prontuários próprios à base federal e substituirá os Relatórios de Envio e de Processamento e Validação. O relatório é um instrumento que permite registros mais robustos das informações clínicas e administrativas da Atenção Primária à Saúde (APS).</p>	<p>https://sisab.saude.gov.br/paginas/acessoRestrito/relatorio/federal/envio/RelValidacao.xhtml</p>

PORTARIA GM/MS Nº 361, DE 1º DE MARÇO DE 2021	02/03/2021	Institui, em caráter excepcional e temporário, incentivo financeiro federal de custeio aos municípios que, nas competências financeiras novembro ou dezembro do ano de 2020, possuíam credenciados e implantados Centros Comunitários de Referência para Enfrentamento da Covid-19, de que trata a Portaria GM/MS nº 1.444, de 29 de maio de 2020, ou Centros de Atendimento para Enfrentamento da Covid-19, de que trata a Portaria GM/MS nº 1.445, de 29 de maio de 2020.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-361-de-1-de-marco-de-2021-306208769
---	------------	---	---

<p>EDITAL Nº 4, DE 8 DE MARÇO DE 2021</p>	<p>08/03/2021</p>	<p>O MINISTÉRIO DA SAÚDE, por intermédio da SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (SAPS/MS), considerando as ações de aperfeiçoamento na área de Atenção Primária à Saúde em regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), nos termos da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, regulamentada pela Portaria Interministerial nº 1.369/MS/MEC, de 8 de julho de 2013, e demais normas de regência do Projeto, considerando a Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional pela Organização Mundial da Saúde, a Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), por meio da Portaria GAB/MS nº 188, de 3 de fevereiro de 2020, o disposto na Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020 e o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV), no tocante ao seu eixo assistencial, torna pública a realização de chamamento público de médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no Brasil, com registro profissional no CRM, para adesão ao Projeto Mais Médicos para o Brasil pelo período de 3 (três) anos, prorrogável por igual período.</p>	<p>https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=608&pagina=1&data=08/03/2021&totalArquivos=6</p>
---	-------------------	--	--

<p>EDITAL Nº 5, DE 8 DE MARÇO DE 2021</p>	<p>08/03/2021</p>	<p>O MINISTÉRIO DA SAÚDE, por intermédio da SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (SAPS/MS), considerando as ações de aperfeiçoamento na área de Atenção Primária à Saúde em regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil, nos termos da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 regulamentada pela Portaria Interministerial nº 1.369/MS/MEC, de 8 de julho de 2013 e demais normas de regência do Projeto, considerando a Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional pela Organização Mundial da Saúde, a Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) , por meio da Portaria GAB/MS nº 188, de 3 de fevereiro de 2020, o disposto na Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020 e suas alterações, e o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV), no tocante ao seu eixo assistencial, torna pública a realização de chamamento público do Distrito Federal e Municípios para Renovação da Adesão ao Projeto Mais Médicos para o Brasil e confirmação, para provimento de médicos pelo período de 3 (três) anos, das vagas previamente autorizadas e disponíveis para ocupação de médicos selecionados por meio de Edital específico, conforme estabelecido neste Edital.</p>	<p>https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=08/03/2021&jornal=608&pagina=5&totalArquivos=6</p>
---	-------------------	---	--

NOTA TÉCNICA 989/2020	mar/21	Orientações sobre solicitação de crédito retroativo de equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde: procedimento e prazo.	https://www.google.com/search?q=nota+t%C3%A9cnica+989&aq=chrome..69i57j33i10i160.11471j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8
PORTARIA GM/MS Nº 569, DE 29 DE MARÇO DE 2021	29/03/2021	Altera a Portaria GM/MS nº 3.241, de 7 de dezembro de 2020, que institui o Programa Saúde com Agente, destinado à formação técnica dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-569-de-29-de-marco-de-2021-312897406
PORTARIA Nº 12, DE 15 DE MARÇO DE 2021	15/03/2021	Define e homologa os códigos referentes às Identificações Nacionais de Equipe - INE das equipes de Atenção Primária à Saúde - APS credenciadas e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES para fins da transferência dos incentivos de custeio federal, acompanhamento, monitoramento e avaliação.	https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=16/03/2021&jornal=515&pagina=56&totalArquivos=141
PORTARIA GM/MS Nº 604, DE 5 DE ABRIL DE 2021	05/04/2021	Suspende a transferência de incentivos financeiros referentes à Estratégia Saúde da Família, no Município de Campo Maior (PI) em virtude de irregularidades/impropriedades detectadas pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS - DENASUS, especialmente no que tange ao descumprimento de carga horária, conforme preconiza o item 6, subitem 1 do Anexo 1 do Anexo XXII, Política Nacional de Atenção Básica - Operacionalização, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2 de 28 de setembro de 2017.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-604-de-5-de-abril-de-2021-312045040

<p>PORTARIA GM/MS Nº 605, DE 5 DE ABRIL DE 2021</p>	<p>05/04/2021</p>	<p>Suspende a transferência de incentivos financeiros referentes às Equipes Saúde da Família Ribeirinha (eSFR), Equipes de Consultório na Rua (eCR), Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP) e Unidades Básicas de Saúde Fluvial, com ausência de alimentação do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab).</p>	<p>https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-605-de-5-de-abril-de-2021-312058416</p>
<p>PORTARIA GM/MS Nº 607, DE 5 DE ABRIL DE 2021</p>	<p>05/04/2021</p>	<p>Suspende a transferência de incentivos financeiros referentes às Equipes de Saúde da Família (eSF), Equipes Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) e Unidade Básica de Saúde Fluvial com irregularidades no cadastro de profissionais no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).</p>	<p>https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-607-de-5-de-abril-de-2021-312059138</p>
<p>PORTARIA GM/MS Nº 650, DE 8 DE ABRIL DE 2021</p>	<p>08/04/2021</p>	<p>Credencia, excepcionalmente, como Centros os estabelecimentos de saúde que no ano de 2020 foram credenciados temporariamente ou solicitaram credenciamento como Centros Comunitários de Referência para Enfrentamento da Covid-19, de que trata a Portaria GM/MS nº 1.444, de 29 de maio de 2020, e como Centros de Atendimento para Enfrentamento da Covid-19, de que trata a Portaria GM/MS nº 1.445, de 29 de maio de 2020, com informações registradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde na competência fevereiro de 2021, e concede incentivo financeiro federal, para custeio destes Centros, a ser transferido em parcela única.</p>	<p>https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-650-de-8-de-abril-de-2021-312958525</p>

PORTARIA Nº 25, DE 22 DE ABRIL DE 2021	23/04/2021	Altera a Portaria nº 3/SAPS/MS, de 27 de janeiro de 2021, que prorroga o prazo para cadastro no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, das equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde credenciados e das adesões aos Programas Saúde na Hora e Informatiza APS homologadas pelo Ministério da Saúde.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-25-de-22-de-abril-de-2021-315596320
PORTARIA Nº 22, DE 12 DE MARÇO DE 2021	12/04/2021	Divulga a lista final dos médicos brasileiros formados em Instituições de Educação Superior brasileiras ou com diploma revalidado no Brasil, participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil que tiveram a prorrogação automática validada, nos termos do Edital SAPS/MS nº 6, de 26 de março de 2021.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-22-de-12-de-marco-de-2021-313520921
PORTARIA Nº 26, DE 22 DE ABRIL DE 2021	23/04/2021	Define e homologa os códigos referentes às Identificações Nacionais de Equipe - INE das equipes de Atenção Primária à Saúde - APS credenciadas e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES para fins da transferência dos incentivos de custeio federal, acompanhamento, monitoramento e avaliação.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-26-de-22-de-abril-de-2021-315714782
EDITAL Nº 1, DE 28 DE ABRIL DE 2021	29/04/2021	Saúde Com Agente	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/edital-n-1-de-28-de-abril-de-2021-316888845
PORTARIA GM/MS Nº 731, DE 16 DE ABRIL DE 2021 (*)	12/05/2021	Institui, em caráter excepcional e temporário, incentivo financeiro federal de custeio para desenvolvimento de ações estratégicas de apoio à gestação, pré-natal e puerpério, com vistas ao	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-731-de-16-de-abril-de-2021-*-319499486

		enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da pandemia do coronavírus.	
PORTARIA GM/MS Nº 894, DE 11 DE MAIO DE 2021	12/05/2021	Institui, em caráter excepcional, incentivos financeiros federais de custeio no âmbito da Atenção Primária à Saúde, a serem transferidos, em parcela única, aos municípios e Distrito Federal, para enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da Covid-19.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-894-de-11-de-maio-de-2021-319516367
PORTARIA GM/MS Nº 985, DE 17 DE MAIO DE 2021	18/05/2021	Prorroga o prazo dos incisos I e III do art. 2º da Portaria GM/MS nº 166, de 27 de janeiro de 2021, que dispõe, excepcionalmente, sobre a transferência dos incentivos financeiros federais de custeio da Atenção Primária à Saúde, no âmbito do Programa Previne Brasil, para o ano de 2021.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-985-de-17-de-maio-de-2021-320349580
PORTARIA Nº 32, DE 19 DE MAIO DE 2021	20/05/2021	Altera a Portaria SAPS/MS nº 60, de 26 de novembro de 2020, que define as regras de validação das equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde, para fins da transferência dos incentivos financeiros federais de custeio, e o seu Anexo I.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-32-de-19-de-maio-de-2021-321216135
PORTARIA Nº 31, DE 20 DE MAIO DE 2021	21/05/2021	Define e homologa os códigos referentes às Identificações Nacionais de Equipe - INE das equipes de Atenção Primária à Saúde - APS credenciadas e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES para fins da transferência dos incentivos de custeio federal, acompanhamento, monitoramento e avaliação.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-31-de-20-de-maio-de-2021-321224099

PORTARIA GM/MS Nº 1.044, DE 24 DE MAIO DE 2021	25/05/2021	Suspende a transferência de incentivos financeiros referentes às Equipes Saúde da Família Ribeirinha (eSFR), Equipes de Consultório na Rua (eCR), Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP) e Unidades Básicas de Saúde Fluvial (UBSF), com ausência de alimentação do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.044-de-24-de-maio-de-2021-321782703
PORTARIA GM/MS Nº 1.049, DE 24 DE MAIO DE 2021	25/05/2021	Suspende a transferência de incentivos financeiros referentes às Equipes de Saúde da Família (eSF), Equipes Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com irregularidades no cadastro de profissionais no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.049-de-24-de-maio-de-2021-321801906
PORTARIA GM/MS Nº 1.051, DE 24 DE MAIO DE 2021	25/05/2021	Suspende a transferência de incentivos financeiros referentes às Equipes de Saúde da Família (eSF), Equipes Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com irregularidades no cadastro de profissionais no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.051-de-24-de-maio-de-2021-321783021
PORTARIA GM/MS Nº 1.060, DE 24 DE MAIO DE 2021	25/05/2021	Suspende a transferência de incentivos financeiros referentes às Equipes de Saúde da Família (eSF), Equipes Saúde da Família Ribeirinha (eSFR), Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com irregularidades no cadastro de profissionais no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.060-de-24-de-maio-de-2021-321800384

<p>PORTARIA GM/MS Nº 1.061, DE 24 DE MAIO DE 2021</p>	<p>25/05/2021</p>	<p>Suspende a transferência de incentivos financeiros referentes à Estratégia Saúde da Família, no Município de Luziânia, Estado de Goiás, em virtude de irregularidades/impropriedades detectadas pela Secretaria de Estado Saúde de Goiás, especialmente no que tange a Agente Comunitário de Saúde não faz parte do quadro efetivo de servidores lotados no SCNES na unidade de saúde, conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Básica.</p>	<p>https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.061-de-24-de-maio-de-2021-321801584</p>
<p>EDITAL Nº 7, DE 24 DE MAIO DE 2021</p>	<p>25/05/2021</p>	<p>O MINISTÉRIO DA SAÚDE, por meio da SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (SAPS/MS), considerando as ações de aperfeiçoamento na área de Atenção Primária em Saúde em regiões prioritárias para o SUS, no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil, instituído pela Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, regulamentada pela Portaria Interministerial nº 1.369/MS/MEC, de 8 de julho de 2013, torna pública a realização de chamamento público dos médicos formados em instituições de educação superior brasileiras e estrangeiras, com habilitação para exercício da medicina no exterior (intercambista individual), participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, por meio da chamada regida pelo Edital SGTES/MS nº 3, de 19 de abril de 2017 (14º ciclo), para prorrogação da adesão dos profissionais contemplados pela prorrogação do Edital nº 10 de 19 de maio de 2020.</p>	<p>https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=25/05/2021&jornal=530&pagina=112&totalArquivos=258</p>

PORTARIA Nº 32, DE 28 DE MAIO DE 2021	31/05/2021	Divulga a lista final dos médicos brasileiros formados em Instituições de Educação Superior brasileiras e estrangeiras, com habilitação para exercício da medicina no exterior (intercambista individual), participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil que tiveram a prorrogação automática validada, nos termos do Edital SAPS/MS nº 7, de 24 de maio de 2021.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-32-de-28-de-maio-de-2021-323003503
PORTARIA GM/GM Nº 1.100, DE 28 DE MAIO DE 2021	01/06/2021	Suspende a transferência de incentivos financeiros referentes às Equipes Saúde da Família Ribeirinha (eSFR), Equipes de Consultório na Rua (eCR) e Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP), com ausência de alimentação do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).	https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=01/06/2021&jornal=515&pagina=142
PORTARIA GM/MS Nº 1.106, DE 31 DE MAIO DE 2021	01/06/2021	Suspende a transferência de incentivos financeiros referentes às Equipes Saúde da Família Ribeirinha (eSFR), Equipes de Consultório na Rua (eCR), Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP) e Unidades Básicas de Saúde Fluvial (UBSF), com ausência de alimentação do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab).	https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=01/06/2021&jornal=515&pagina=143&totalArquivos=202
PORTARIA GM/MS Nº 1.221, DE 15 DE JUNHO DE 2021	1606/2021	Dispõe sobre os municípios que farão jus, no segundo quadrimestre do ano de 2021, ao incentivo financeiro de fator de correção no âmbito do Programa Previne Brasil, de que trata a Portaria GM/MS nº 166, de 27 de janeiro de 2021.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.221-de-15-de-junho-de-2021-326197904

<u>PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 1, DE 2 DE JUNHO DE 2021</u>	02/06/2021	Consolidação das normas sobre Atenção Primária à Saúde	<u>https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-de-consolidacao-n-1-de-2-de-junho-de-2021-324136445</u>
PORTARIA Nº 1.462, DE 30 DE JUNHO DE 2021	01/07/2021	Habilita o Estado, Município ou Distrito Federal a receber recursos referentes ao incremento temporário ao custeio dos serviços de Atenção Primária à Saúde.	<u>https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.462-de-30-de-junho-de-2021-329187460</u>
PORTARIA GM/MS Nº 1.474, DE 30 DE JUNHO DE 2021	01/07/2021	Homologa a adesão das equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária informatizadas ao Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde - Informatiza APS.	<u>https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.474-de-30-de-junho-de-2021-329490797</u>
PORTARIA GM/MS Nº 1.476, DE 1º DE JULHO DE 2021	02/07/2021	Credencia municípios a receberem incentivo financeiro federal de custeio referente às Unidade Básica de Saúde Fluvial - UBSF.	<u>https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.476-de-1-de-julho-de-2021-329483551</u>
PORTARIA GM/MS Nº 1.497, DE 5 DE JULHO DE 2021	07/07/2021	CRENCIA ESTADOS, MUNICÍPIOS E O DISTRITO FEDERAL A RECEBEREM INCENTIVOS FINANCEIROS REFERENTES ÀS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA PRISIONAL - EAPP.	<u>https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.497-de-5-de-julho-de-2021-330649867</u>
PORTARIA GM/MS Nº 1.518, DE 6 DE JULHO DE 2021	08/07/2021	Credencia municípios a receberem incentivos financeiros federais de custeio referentes às Unidades Odontológicas Móveis - UOM.	<u>https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.518-de-6-de-julho-de-2021-330698677</u>
PORTARIA GM/MS Nº 1.522, DE 6 DE JULHO DE 2021	08/07/2021	Credencia municípios a receberem incentivos financeiros federais de custeio referente às equipes de Consultório na Rua.	<u>https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.522-de-6-de-julho-de-2021-330711981</u>

PORTARIA GM/MS Nº 1.534, DE 7 DE JULHO DE 2021	08/07/2021	Descredencia Agentes Comunitários de Saúde - ACS com ausência de informação de cadastro no Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - SCNES.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.534-de-7-de-julho-de-2021-330718127
PORTARIA Nº 39, DE 7 DE JULHO DE 2021	08/07/2021	Define e homologa os códigos referentes às Identificações Nacionais de Equipe - INE das equipes de Atenção Primária à Saúde - APS credenciadas e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES para fins da transferência dos incentivos de custeio federal, acompanhamento, monitoramento e avaliação.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-39-de-7-de-julho-de-2021-330702803
PORTARIA GM/MS Nº 1.538, DE 7 DE JULHO DE 2021	09/07/2021	Suspende a transferência de incentivos financeiros referentes às Equipes de Consultório na Rua (eCR), Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP) e Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) com ausência de alimentação do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.538-de-7-de-julho-de-2021-330981147
PORTARIA GM/MS Nº 1.539, DE 7 DE JULHO DE 2021	09/07/2021	Suspende a transferência de incentivos financeiros referentes às Equipes de Consultório na Rua (eCR) e Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP) com ausência de alimentação do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.539-de-7-de-julho-de-2021-330979755
PORTARIA GM/MS Nº 1.540, DE 7 DE JULHO DE 2021	09/07/2021	Descredencia Unidade Odontológica Móvel - UOM com ausência de informação de cadastro no Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - SCNES.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.540-de-7-de-julho-de-2021-330979273

PORTARIA GM/MS Nº 1.542, DE 7 DE JULHO DE 2021	09/07/2021	Suspende a transferência de incentivos financeiros referentes às Equipes de Consultório na Rua (eCR), Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP) e Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF) com ausência de alimentação do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.542-de-7-de-julho-de-2021-330981227
PORTARIA GM/MS Nº 1.559, DE 8 DE JULHO DE 2021	09/07/2021	Suspende a transferência de incentivos financeiros referentes às Equipes de Consultório na Rua (eCR), com ausência de alimentação do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.559-de-8-de-julho-de-2021-330979193
PORTARIA GM/MS Nº 1.562, DE 8 DE JULHO DE 2021	09/07/2021	Suspende a transferência de incentivos financeiros referentes às Equipes de Saúde da Família (eSF), Equipes Saúde da Família Ribeirinha (eSFR), Unidades Básicas de Saúde Fluvial (UBSF) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com irregularidades no cadastro de profissionais no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.562-de-8-de-julho-de-2021-330993676
PORTARIA GM/MS Nº 1.564, DE 8 DE JULHO DE 2021	09/07/2021	Suspende a transferência de incentivos financeiros referentes às Equipes de Consultório na Rua (eCR), Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP) e Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) com ausência de alimentação do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.564-de-8-de-julho-de-2021-330993406
PORTARIA GM/MS Nº 1.573, DE 8 DE JULHO DE 2021	09/07/2021	Suspende a transferência de incentivos financeiros referentes às equipes de Consultório na Rua (eCR) e equipes de Atenção Primária	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.573-de-8-de-julho-de-2021-330981387

		Prisional (eAPP) com ausência de alimentação do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).	
PORTARIA GM/MS Nº 1.555, DE 8 DE JULHO DE 2021	12/07/2021	Suspende a transferência de incentivos financeiros referentes às Equipes de Consultório na Rua (eCR) e Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP) com ausência de alimentação do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.555-de-8-de-julho-de-2021-331308870
PORTARIA GM/MS Nº 1.558, DE 8 DE JULHO DE 2021	12/07/2021	Descredencia equipes de Consultório na Rua - eCR com ausência de informação de cadastro no Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - SCNES.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.558-de-8-de-julho-de-2021-331308710
PORTARIA GM/MS Nº 1.567, DE 8 DE JULHO DE 2021	12/07/2021	Suspende a transferência de incentivos financeiros referentes às Equipes de Consultório na Rua (eCR), Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP) e Unidades Básicas de Saúde Fluvial (UBSF), com ausência de alimentação do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.567-de-8-de-julho-de-2021-331344867
PORTARIA GM/MS Nº 1.569, DE 8 DE JULHO DE 2021	12/07/2021	Suspende a transferência de incentivos financeiros referentes às Equipes de Consultório na Rua (eCR), Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP) e Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF) com ausência de alimentação do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.569-de-8-de-julho-de-2021-331357819
PORTARIA GM/MS Nº 1.598, DE 15 DE JULHO DE 2021	16/07/2021	Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.598-de-15-de-julho-de-2021-332451362

PORTARIA GM/MS Nº 1.608, DE 14 DE JULHO DE 2021	16/07/2021	Descredencia equipes de Saúde Bucal - eSB com ausência de registro no Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - SCNES.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.608-de-14-de-julho-de-2021-332450714
PORTARIA GM/MS Nº 1.609, DE 14 DE JULHO DE 2021	16/07/2021	Credencia Municípios a receberem incentivos financeiros referentes às equipes de Saúde da Família Ribeirinha - eSFR.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.609-de-14-de-julho-de-2021-332437718
PORTARIA Nº 44, DE 20 DE JULHO DE 2021	21/07/2021	Credencia municípios e Distrito Federal a fazerem jus à transferência dos incentivos financeiros federais de custeio referentes aos Agentes Comunitários de Saúde.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-44-de-20-de-julho-de-2021-33262634
PORTARIA Nº 45, DE 20 DE JULHO DE 2021	21/07/2021	Credencia Municípios e Distrito Federal a fazerem jus a transferência dos incentivos financeiros federais de custeio referentes às equipes de Saúde da Família - eSF e equipes de Atenção Primária - eAP.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-45-de-20-de-julho-de-2021-33300393
PORTARIA Nº 46, DE 20 DE JULHO DE 2021	21/07/2021	Credencia Municípios a receberem incentivos financeiros de custeio referentes às equipes de Saúde Bucal - eSB.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-46-de-20-de-julho-de-2021-33298071
PORTARIA GM/MS Nº 1.687, DE 23 DE JULHO DE 2021	26/07/2021	Suspende na competência financeira junho de 2021 a transferência de incentivos financeiros das equipes e serviços da Atenção Primária, com irregularidades no cadastro de profissionais no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.687-de-23-de-julho-de-2021-334152169

PORTARIA GM/MS Nº 1.689, DE 23 DE JULHO DE 2021	26/07/2021	Cancela a adesão de equipes de Saúde da Família - eSF e de equipes de Atenção Primária à Saúde- eAP, ao Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde - Informatiza APS.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.689-de-23-de-julho-de-2021-334124505
PORTARIA GM/MS Nº 1.691, DE 23 DE JULHO DE 2021	26/07/2021	Suspende na competência financeira junho de 2021 a transferência de incentivos financeiros das equipes e serviços da Atenção Primária, com ausência de alimentação do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.691-de-23-de-julho-de-2021-334097829
PORTARIA Nº 47, DE 23 DE JULHO DE 2021	26/07/2021	Define e homologa os códigos referentes às Identificações Nacionais de Equipe - INE das equipes de Atenção Primária à Saúde - APS credenciadas e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES para fins da transferência dos incentivos de custeio federal, acompanhamento, monitoramento e avaliação.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-47-de-23-de-julho-de-2021-334097509
PORTARIA Nº 48, DE 23 DE JULHO DE 2021	26/07/2021	Prorroga o prazo para municípios e Distrito Federal regularizarem o cadastro no SCNES das equipes de Saúde Bucal - eSB observando os critérios exigidos para homologação dos códigos referentes à Identificação Nacional de Equipe - INE.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-48-de-23-de-julho-de-2021-334076707
PORTARIA Nº 49, DE 23 DE JULHO DE 2021	26/07/2021	Altera o Anexo da Portaria nº 303, de 17 de outubro de 2017, que divulga a lista dos nomes e respectivos registros únicos de médicos intercambistas participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-49-de-23-de-julho-de-2021-334117945

PORTARIA GM/MS Nº 1.700, DE 23 DE JULHO DE 2021	27/07/2021	Descredencia equipes de Saúde da Família - eSF e equipes de Atenção Primária - eAP com ausência de informação de cadastro no Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - SCNES.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.700-de-23-de-julho-de-2021-334578410
PORTARIA Nº 44, DE 20 DE JULHO DE 2021 (*)	17/08/2021	Credencia municípios e Distrito Federal a fazerem jus a transferência dos incentivos financeiros federais de custeio referentes aos Agentes Comunitários de Saúde.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-44-de-20-de-julho-de-2021-*-338670018
PORTARIA Nº 58, DE 16 DE AGOSTO DE 2021	17/08/2021	Cancela a adesão das Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde ao Programa Saúde na Hora.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-58-de-16-de-agosto-de-2021-338675509
PORTARIA Nº 59, DE 16 DE AGOSTO DE 2021	17/08/2021	Cancela a adesão das Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde ao Programa Saúde na Hora.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-59-de-16-de-agosto-de-2021-338669692
PORTARIA Nº 60, DE 16 DE AGOSTO DE 2021	17/08/2021	Cancela a adesão das Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde ao Programa Saúde na Hora.	https://www.conasems.org.br/juridico/legislacao-diaria-nacional-17-08-2021/
PORTARIA GM/MS Nº 2.010, DE 18 DE AGOSTO DE 2021	19/08/2021	Credencia, em caráter excepcional, estabelecimentos de saúde como Centros Comunitários de Referência para Enfrentamento da Covid-19, de que trata a Portaria GM/MS nº 1.444, de 29 de maio de 2020, e como Centros de Atendimento para Enfrentamento da Covid-19, de que trata a Portaria GM/MS nº 1.445, de 29 de maio de 2020, e concede incentivo financeiro federal de custeio dos Centros, a ser transferido aos municípios em parcela única.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-2.010-de-18-de-agosto-de-2021-339554831

PORTARIA GM/MS Nº 2.254, DE 3 DE SETEMBRO DE 2021	03/09/2021	Altera o Título II da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre o custeio da Atenção Primária à Saúde	http://apsgestao.fmrp.usp.br/wp-content/uploads/2021/12/PORTARIA-GM_MS-N%C2%BA-2.254-DE-3-DE-SETEMBRO-DE-2021-PORTARIA-GM_MS-N%C2%BA-2.254-DE-3-DE-SETEMBRO-DE-2021-DOU-Imprensa-Nacional.pdf
PORTARIA GM/MS Nº 2.282, DE 8 DE SETEMBRO DE 2021	10/09/2021	Descredencia equipes de Consultório na Rua – eCR com ausência de informação de cadastro no Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – SCNES.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-2.282-de-8-de-setembro-de-2021-343833712
PORTARIA Nº 63, DE 10 DE SETEMBRO DE 2021	13/09/2021	Credencia municípios a fazerem jus à transferência de incentivo financeiro federal de custeio referente às equipes de Saúde da Família Ribeirinha – eSFR, à Unidade de Apoio Ribeirinha, embarcações de pequeno porte e incorporação de componentes adicionais.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-63-de-10-de-setembro-de-2021-344169123
PORTARIA Nº 64, DE 10 DE SETEMBRO DE 2021	13/09/2021	Credencia municípios a fazerem jus à transferência de incentivo financeiro federal de custeio referente à Unidade Básica de Saúde Fluvial – UBSF e incorporação de componentes adicionais.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-64-de-10-de-setembro-de-2021-344161998
PORTARIA GM/MS Nº 2.317, DE 10 DE SETEMBRO DE 2021	14/09/2021	Institui, em caráter excepcional, incentivo financeiro federal de custeio aos municípios e Distrito Federal para fortalecimento das ações de cadastramento e qualificação do processo de assistência aos adolescentes no âmbito da Atenção Primária à Saúde.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-2.317-de-10-de-setembro-de-2021-344473408

PORTARIA Nº 69, DE 23 DE SETEMBRO DE 2021	24/09/2021	Prorroga o prazo para municípios regularizarem as situações que ensejam o cancelamento da habilitação ao recebimento do incentivo financeiro de custeio adicional mensal para equipes de saúde integradas a programas de formação profissional, no âmbito da Atenção Primária à Saúde.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-69-de-23-de-setembro-de-2021-347063442
PORTARIA GM/MS Nº 2.503, DE 30 DE SETEMBRO DE 2021	01/10/2021	Cancela a adesão de equipes de Saúde da Família – eSF e de equipes de Atenção Primária à Saúde- eAP, ao Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde – Informatiza APS.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-2.503-de-30-de-setembro-de-2021-349598777
PORTARIA Nº 76, DE 27 DE OUTUBRO DE 2021	28/10/2021	Altera os Anexos I e II da Portaria SAPS/MS nº 46, de 20 de julho de 2021, que credencia municípios a receberem incentivos financeiros de custeio referentes às equipes de Saúde Bucal – eSB.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-76-de-27-de-outubro-de-2021-355520377
PORTARIA Nº 77, DE 4 DE NOVEMBRO DE 2021	05/11/2021	Divulga a lista final dos médicos brasileiros formados em Instituições de Educação Superior brasileiras ou com diploma revalidado no Brasil, com registro profissional no Conselho Regional de Medicina (CRM), participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil que tiveram a prorrogação automática validada, nos termos do Edital SAPS/MS nº 10, de 15 de outubro de 2021.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-77-de-4-de-novembro-de-2021-356965766

PORTARIA GM/MS Nº 3.112, DE 10 DE NOVEMBRO DE 2021	11/11/2021	Define e homologa os códigos referentes às Identificações Nacionais de Equipe (INE) e ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES das equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) credenciadas e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) para fins da transferência dos incentivos de custeio federal, acompanhamento, monitoramento e avaliação.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.112-de-10-de-novembro-de-2021-359085935
PORTARIA GM/MS Nº 3.352, DE 2 DE DEZEMBRO DE 2021 (*)	07/12/2021	(*) Dispõe sobre a metodologia de priorização de municípios e de dimensionamento de vagas e define a relação dos municípios elegíveis e o quantitativo máximo de vagas no âmbito do Programa Médicos pelo Brasil.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.352-de-2-de-dezembro-de-2021-*-365060101
PORTARIA Nº 85, DE 6 DE DEZEMBRO DE 2021	07/12/2021	Altera os Anexos I e II da Portaria SAPS/MS nº 46, de 20 de julho de 2021, que credencia municípios a receberem incentivos financeiros de custeio referentes às equipes de saúde bucal – eSB e torna sem efeito a Portaria SAPS/MS nº 76, de 27 de outubro de 2021.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-85-de-6-de-dezembro-de-2021-365091215
PORTARIA Nº 86, DE 6 DE DEZEMBRO DE 2021	07/12/2021	Cancela a adesão das Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde ao Programa Saúde na Hora.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-86-de-6-de-dezembro-de-2021-365059829

<p>EDITAL Nº 11, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2021 CHAMAMENTO PÚBLICO</p>	<p>16/12/2021</p>	<p>O MINISTÉRIO DA SAÚDE, por intermédio da SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (SAPS/MS), considerando as ações de aperfeiçoamento na área de Atenção Primária à Saúde em regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos da Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019, torna pública a realização de Chamamento Público de municípios, a eles equiparados os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI's), o Distrito Federal (DF), e o Distrito Estadual de Fernando de Noronha (PE), para manifestação de interesse no Programa Médicos pelo Brasil (PMpB) e, sequencialmente, para adesão daqueles para os quais se atribuiu vagas, no ano de 2022, em atenção a Resolução nº 5, de 15 de outubro de 2021, que dispõe sobre o Contrato de Gestão para o desenvolvimento da Atenção Primária a Saúde e estabelece a meta de seleção de 5 mil médicos bolsistas em 2022, conforme objeto estabelecido neste Edital).</p>	<p>https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/edital-n-11-de-15-de-dezembro-de-2021-chamamento-publico-367707460</p>
<p>PORTARIA Nº 84, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2021</p>	<p>16/12/2021</p>	<p>Institui Câmara Técnica Assessora para o enfrentamento do Câncer de Colo do Útero no âmbito da Atenção Primária à Saúde.</p>	<p>https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-84-de-15-de-dezembro-de-2021-367758071</p>
<p>PORTARIA Nº 88, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2021</p>	<p>16/12/2021</p>	<p>Cancela a adesão das Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde ao Programa Saúde na Hora.</p>	<p>https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-88-de-15-de-dezembro-de-2021-367758005</p>

PORTARIA Nº 89, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2021	16/12/2021	Cancela a adesão das Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde ao Programa Saúde na Hora.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-89-de-15-de-dezembro-de-2021-367757836
PORTARIA GM/MS Nº 3.647, DE 16 DE DEZEMBRO DE 2021	17/12/2021	Define e homologa os códigos referentes às Identificações Nacionais de Equipe – INE e ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES das equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde – APS credenciadas e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES para fins da transferência dos incentivos de custeio federal, acompanhamento, monitoramento e avaliação.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.647-de-16-de-dezembro-de-2021-367978802
PORTARIA GM/MS Nº 3.665, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2021	20/12/2021	Altera o anexo da Portaria GM/MS nº 2.888, de 26 de outubro de 2021, que suspende na competência financeira setembro de 2021 a transferência de incentivos financeiros das equipes e serviços da Atenção Primária, com ausência de alimentação do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.665-de-17-de-dezembro-de-2021-368357198
RESOLUÇÃO Nº 6, DE 20 DE DEZEMBRO DE 2021	20/12/2021	Dispõe sobre a Estrutura de Plano de Cargos, Salários e Benefícios para os profissionais médicos de família e comunidade e tutores médicos da atenção primária participantes do Programa Médicos pelo Brasil e dá outras providências.	https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=21/12/2021&jornal=515&pagina=759&totalArquivos=783

<p>EDITAL Nº 13, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2021</p>	<p>22/12/2021</p>	<p>Este Edital tem por objeto a prorrogação, por mais 2 (dois) anos, dos médicos formados em instituições de educação superior brasileira ou com diploma revalidado no Brasil, com respectivo registro profissional no Conselho Regional de Medicina (CRM), e médicos brasileiros formados em instituições de educação superior estrangeiras, com habilitação para exercício da medicina no exterior (intercambista individual), participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil por meio da chamada pública regida pelo Edital SGTES/MS nº 12, 27 de novembro de 2017 (15º ciclo), alocados em municípios de perfil 1 (1 – Grupos III e IV do PAB), 2 (Grupo II do PAB), 3 (Capitais e RM), 4 (Grupo I do PAB), 5 (G 100), 6 (Áreas vulneráveis), 7 (Extrema Pobreza) e 8 (Saúde Indígena), contemplados pela prorrogação do Edital SAPS/MS nº 12, 17 de novembro de 2020.</p>	<p>https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=22/12/2021&jornal=530&pagina=204&totalArquivos=368</p>
--	-------------------	---	--

<p>EDITAL Nº 14, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2021</p>	<p>22/12/2021</p>	<p>Este Edital tem por objeto a prorrogação, por mais 3 (três) anos, dos médicos formados em instituições de educação superior brasileira ou com diploma revalidado no Brasil, com registro profissional nos respectivos Conselhos Regionais de Medicina (CRM) e médicos brasileiros formados em instituições de educação superior estrangeiras, com habilitação para exercício da medicina no exterior (intercambista individual), participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil por meio da chamada pública regida pelo Edital SGTES/MS nº 22, de 07 de dezembro de 2018 (17º ciclo), alocados em municípios de perfil 1 (1 – Grupos III e IV do PAB), 2 (Grupo II do PAB), 3 (Capitais e RM), 4 (Grupo I do PAB), 5 (G 100), 6 (Áreas vulneráveis), 7 (Extrema Pobreza) e 8 (Saúde Indígena).</p>	<p>https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=22/12/2021&jornal=530&pagina=206&totalArquivos=368</p>
<p>PORTARIA Nº 99, DE 5 DE JANEIRO DE 2022</p>	<p>06/01/2022</p>	<p>Dispõe acerca da prorrogação excepcional, por 1 (um) ano, dos termos de adesão dos participantes listados no art. 1º desta Portaria, que estão no exercício das atividades no Projeto Mais Médicos para o Brasil instituído pela Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, em razão do Edital SAPS/MS nº 5, de 11 de março de 2020 (19º Ciclo).</p>	<p>https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-99-de-5-de-janeiro-de-2022-372240440</p>
<p>PORTARIA GAB/SAPS Nº 2, DE 10 DE JANEIRO DE 2022</p>	<p>11/01/2022</p>	<p>Tornar sem efeito o cancelamento da adesão das Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde ao Programa Saúde na Hora realizado por meio da Portaria SAPS/MS nº 58, de 16 de agosto de 2021, dos municípios descritos no Anexo a esta Portaria.</p>	<p>https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gab/saps-n-2-de-10-de-janeiro-de-2022-373318999</p>

PORTARIA GM/MS Nº 102, DE 20 DE JANEIRO DE 2022	20/01/2022	Altera a Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-102-de-20-de-janeiro-de-2022-375495336
PORTARIA GM/MS Nº 114, DE 21 DE JANEIRO DE 2022	24/01/2022	Altera o Anexo da Portaria GM/MS nº 3.980, de 28 de dezembro de 2021, que suspende na competência financeira novembro de 2021 a transferência de incentivos financeiros das equipes e serviços da Atenção Primária, com ausência de alimentação do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-114-de-21-de-janeiro-de-2022-375570862
PORTARIA GM/MS Nº 106, DE 21 DE JANEIRO DE 2022	24/01/2022	Suspende na competência financeira dezembro de 2021 a transferência de incentivos financeiros das equipes e serviços da Atenção Primária, com ausência de alimentação do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-106-de-21-de-janeiro-de-2022-375565664
PORTARIA GM/MS Nº 105, DE 21 DE JANEIRO DE 2022	24/01/2022	Cancela a adesão das Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde ao Programa Saúde na Hora.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-105-de-21-de-janeiro-de-2022-375556096
PORTARIA GM/MS Nº 117, DE 21 DE JANEIRO DE 2022	24/01/2022	Suspende na competência financeira dezembro de 2021 a transferência de incentivos financeiros das equipes e serviços da Atenção Primária, com irregularidades no cadastro de profissionais no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-117-de-21-de-janeiro-de-2022-375552551

PORTARIA GM/MS Nº 145, DE 26 DE JANEIRO DE 2022	27/01/2022	Cancela a adesão de equipes de Saúde da Família – eSF e de equipes de Atenção Primária à Saúde- eAP, ao Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde – Informatiza APS.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-145-de-26-de-janeiro-de-2022-376290499
PORTARIA GAB/SAPS Nº 5, DE 1º DE FEVEREIRO DE 2022	04/02/2022	Prorroga o prazo para municípios regularizarem as situações que ensejam o cancelamento da habilitação ao recebimento do incentivo financeiro de custeio adicional mensal para equipes de saúde integradas aos programas de formação profissional, no âmbito da Atenção Primária à Saúde.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gab/saps-n-5-de-1-de-fevereiro-de-2022-378038322
PORTARIA GM/MS Nº 331, DE 16 DE FEVEREIRO DE 2022	17/02/2022	Credencia, em caráter excepcional, estabelecimentos de saúde como Centros Comunitários de Referência para Enfrentamento da Covid-19, de que trata a Portaria GM/MS nº 1.444, de 29 de maio de 2020, e como Centros de Atendimento para Enfrentamento da Covid-19, de que trata a Portaria GM/MS nº 1.445, de 29 de maio de 2020, e concede incentivo financeiro federal de custeio dos Centros, a ser transferido aos municípios em parcela única.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-331-de-16-de-fevereiro-de-2022-380846804
PORTARIA GAB/SAPS Nº 11, DE 22 DE FEVEREIRO DE 2022	23/02/2022	Torna sem efeito as homologações dos códigos referentes às Identificações Nacionais de Equipe – INE das equipes da Atenção Primária à Saúde – APS credenciadas e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES para fins da invalidação/anulação da homologação e da transferência dos incentivos de custeio federal.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gab/saps-n-11-de-22-de-fevereiro-de-2022-382323245

PORTARIA GM/MS Nº 593, DE 22 DE MARÇO DE 2022	24/03/2022	Suspende na parcela fevereiro de 2022 a transferência de incentivos financeiros das equipes e serviços da Atenção Primária, com irregularidades no cadastro de profissionais no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-593-de-22-de-marco-de-2022-388022038
PORTARIA GM/MS Nº 598, DE 22 DE MARÇO DE 2022	24/03/2022	Suspende na parcela fevereiro de 2022 a transferência de incentivos financeiros das equipes e serviços da Atenção Primária, com ausência de alimentação do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-598-de-22-de-marco-de-2022-388022105
PORTARIA GM/MS Nº 662, DE 29 DE MARÇO DE 2022	31/03/2022	Define e homologa os códigos referentes ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) dos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) credenciados e cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) para fins da transferência dos incentivos de custeio federal, acompanhamento, monitoramento e avaliação.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-662-de-29-de-marco-de-2022-389835723
PORTARIA GM/MS Nº 937, DE 5 DE MAIO DE 2022	06/05/2022	Institui o Programa Cuida Mais Brasil para o ano de 2022, com a finalidade de aprimorar a assistência à saúde materno-infantil e da mulher no âmbito da Atenção Primária à Saúde.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-937-de-5-de-maio-de-2022-398072017
PORTARIA GM/MS Nº 1.035, DE 5 DE MAIO DE 2022	06/05/2022	Define e homologa os códigos referentes ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) dos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) credenciados e cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) para fins da	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.035-de-5-de-maio-de-2022-398066658

		transferência dos incentivos de custeio federal, acompanhamento, monitoramento e avaliação.	
PORTARIA GM/MS Nº 1.054, DE 9 DE MAIO DE 2022	17/05/2022	Institui incentivo financeiro federal de custeio para apoio à implementação de ações da Estratégia de Saúde Cardiovascular na Atenção Primária à Saúde.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.054-de-9-de-maio-de-2022-400449596
PORTARIA GM/MS Nº 1.056, DE 9 DE MAIO DE 2022	17/05/2022	Institui incentivo financeiro federal de custeio para apoio à implementação de ações da Estratégia de Saúde Cardiovascular na Atenção Primária à Saúde.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.056-de-9-de-maio-de-2022-400410204
PORTARIA GM/MS Nº 1.105, DE 15 DE MAIO DE 2022	17/05/2022	Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir o incentivo financeiro federal de custeio, destinado à implementação de ações de atividade física na Atenção Primária à Saúde (APS).	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.105-de-15-de-maio-de-2022-400410284
PORTARIA GM/MS Nº 1.383, DE 8 DE JUNHO DE 2022	09/06/2022	Define e homologa os códigos referentes ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) dos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) credenciados e cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) para fins da transferência dos incentivos de custeio federal, acompanhamento, monitoramento e avaliação.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.383-de-8-de-junho-de-2022-406712652
PORTARIA GM/MS Nº 1.390, DE 9 DE JUNHO DE 2022	10/06/2022	Descredencia e cancela a homologação de equipes e serviços, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, por ocorrência de suspensão total ou do não atendimento aos requisitos para a transferência dos	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.390-de-9-de-junho-de-2022-407057260

		incentivos de custeio federal por 12 (doze) competências consecutivas.	
PORTARIA GAB/SAPS Nº 25, DE 2 DE JUNHO DE 2022	10/06/2022	Prorroga o prazo para os municípios regularizarem as situações que ensejam o cancelamento da habilitação ao recebimento do incentivo financeiro de custeio adicional mensal para equipes de saúde integradas aos programas de formação profissional, no âmbito da Atenção Primária à Saúde.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gab/saps-n-25-de-2-de-junho-de-2022-407056778
EDITAL DE PRORROGAÇÃO AUTOMÁTICA EXCEPCIONAL SAPS/MS Nº 10, DE 20 DE JUNHO DE 2022	21/06/2022	Este Edital tem por objeto a prorrogação automática e excepcional, por 1 (um) ano, podendo ocorrer novas prorrogações, até o limite máximo de 2 (dois) anos, da adesão dos profissionais que ingressaram no Projeto Mais Médicos para o Brasil por meio do 18º Ciclo, que foi regido pelo Edital SGTES/MS nº 11, de 10 de maio de 2019, e que se encontram ativos no Projeto.	https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=21/06/2022&jornal=530&pagina=213&totalArquivos=467
PORTARIA GM/MS Nº 1.879, DE 27 DE JUNHO DE 2022	28/06/2022	Define e homologa os códigos referentes às Identificações Nacionais de Equipe – INE e ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES das equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde – APS credenciadas e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES na competência dezembro de 2021, para fins da transferência dos incentivos de custeio federal, acompanhamento, monitoramento e avaliação.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.879-de-27-de-junho-de-2022-410729015

PORTARIA GM/MS Nº 2.000, DE 29 DE JUNHO DE 2022	30/06/2022	Define e homologa os códigos referentes ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) dos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) credenciados e cadastrados no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) para fins da transferência do incentivo de custeio federal, acompanhamento, monitoramento e avaliação.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-2.000-de-29-de-junho-de-2022-411392627
PORTARIA GM/MS Nº 2.005, DE 29 DE JUNHO DE 2022	30/06/2022	Cancela a adesão das Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde ao Programa Saúde na Hora.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-2.005-de-29-de-junho-de-2022-411391008
PORTARIA GAB/SAPS Nº 29, DE 28 DE JUNHO DE 2022	30/06/2022	Altera a Portaria de Consolidação SAPS/MS nº 1, de 2 de junho de 2021, para dispor sobre o descredenciamento dos polos do Programa Academia da Saúde, redefinir os critérios para fins da transferência dos incentivos financeiros federais de custeio do Programa Academia da Saúde (PAS) e alterar o Anexo II.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gab/saps-n-29-de-28-de-junho-de-2022-411398433
PORTARIA GM/MS Nº 2.101, DE 30 DE JUNHO DE 2022	01/07/2022	Credencia polos do Programa Academia da Saúde ao recebimento do incentivo financeiro de custeio.	https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=01/07/2022&jornal=515&pagina=244
PORTARIA GM/MS Nº 2.105, DE 30 DE JUNHO DE 2022	01/07/2022	Institui incentivo financeiro federal de custeio para apoio à implementação de ações da Estratégia de Saúde Cardiovascular na Atenção Primária à Saúde.	https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=01/07/2022&jornal=515&pagina=245&totalArquivos=307

PORTARIA GM/MS Nº 2.110, DE 30 DE JUNHO DE 2022	01/07/2022	Institui incentivo financeiro federal de custeio para apoio à implementação de ações da Estratégia de Saúde Cardiovascular na Atenção Primária à Saúde.	https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=01/07/2022&jornal=515&pagina=246&totalArquivos=307
PORTARIA GAB/SAPS Nº 30, DE 30 DE JUNHO DE 2022	01/07/2022	Dispõe sobre a distribuição das vagas, no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), para os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI's).	https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=01/07/2022&jornal=515&pagina=258&totalArquivos=307
PORTARIA GAB/SAPS Nº 32, DE 1º DE JULHO DE 2022	02/07/2022	Divulga a lista de municípios habilitados para o recebimento do incentivo financeiro do Programa Cuida Mais Brasil, por região de saúde.	https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=01/07/2022&jornal=603&pagina=14&totalArquivos=16
PORTARIA GM/MS Nº 2.103, DE 30 DE JUNHO DE 2022	04/07/2022	Credencia os municípios e o Distrito Federal, e seus respectivos estabelecimentos de saúde da Atenção Primária à Saúde, ao Incentivo financeiro federal de custeio, destinado à implementação de ações de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde, instituído por meio da Portaria GM/MS nº 1.105, de 15 de maio de 2022.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-2.103-de-30-de-junho-de-2022-412326237
PORTARIA GM/MS Nº 3.001, DE 15 DE JULHO DE 2022	19/07/2022	Define e homologa os códigos referentes às Identificações Nacionais de Equipe – INE e ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES das equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde – APS credenciadas e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.001-de-15-de-julho-de-2022-416188988

		Estabelecimentos de Saúde – SCNES, para fins da transferência dos incentivos de custeio federal, acompanhamento,	
PORTARIA GM/MS Nº 3.008, DE 18 DE JULHO DE 2022	19/07/2022	Define e homologa os códigos referentes às Identificações Nacionais de Equipe (INE) e ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) das equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) credenciadas e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES na competência janeiro de 2022, para fins da transferência dos incentivos de custeio federal, acompanhamento, monitoramento e avaliação	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.008-de-18-de-julho-de-2022-416178694
PORTARIA GM/MS Nº 3.117, DE 26 DE JULHO DE 2022	27/07/2022	Descredencia e cancela a homologação de equipes e serviços, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, por ocorrência de suspensão total ou do não atendimento aos requisitos para a transferência dos incentivos de custeio federal por 12 (doze) competências consecutivas.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.117-de-26-de-julho-de-2022-418029213
PORTARIA GM/MS Nº 3.116, DE 26 DE JULHO DE 2022	27/07/2022	Cancela a adesão das Unidades de Saúde da Família ao Programa Saúde na Hora.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.116-de-26-de-julho-de-2022-418029134

<p>EDITAL SAPS/MS Nº 12, DE 25 DE JULHO DE 2022</p>	<p>27/07/2022</p>	<p>Torna pública a realização de chamamento de Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI’s, objetivando a renovação da adesão ao Projeto Mais Médicos para o Brasil – PMMB, com vistas ao recebimento dos participantes selecionados por meio deste Edital; e torna pública a realização de chamamento de profissionais graduados em medicina em instituições de educação superior brasileiras e estrangeiras, conforme perfis especificados neste Edital, para adesão ao PMMB, exclusivamente nos DSEI’s, pelo período de 1 (um) ano.</p>	<p>https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=27/07/2022&jornal=530&pagina=126&totalArquivos=325</p>
<p>PORTARIA GAB/SAPS Nº 45, DE 27 DE JULHO DE 2022</p>	<p>28/07/2022</p>	<p>Credencia municípios e Distrito Federal a fazerem jus a transferência dos incentivos financeiros federais de custeio referentes às equipes e serviços no âmbito da Atenção Primária à Saúde.</p>	<p>https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gab/saps-n-45-de-27-de-julho-de-2022-418383816</p>
<p>PORTARIA GM/MS Nº 3.179, DE 1º DE AGOSTO DE 2022</p>	<p>02/08/2022</p>	<p>Suspende na parcela maio de 2022 a transferência de incentivos financeiros das equipes e serviços da Atenção Primária, com irregularidades no cadastro de profissionais no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).</p>	<p>https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.179-de-1-de-agosto-de-2022-419636186</p>
<p>PORTARIA GM/MS Nº 3.177, DE 1º DE AGOSTO DE 2022</p>	<p>04/08/2022</p>	<p>Suspende na parcela maio de 2022 a transferência de incentivos financeiros das equipes e serviços da Atenção Primária, com ausência de alimentação do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).</p>	<p>https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.177-de-1-de-agosto-de-2022-420035427</p>

PORTARIA GM Nº 3.251, DE 9 DE AGOSTO DE 2022	11/08/2022	Descredencia equipes de Atenção Primária Prisional com ausência de cadastro no Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – SCNES observando os critérios exigidos para homologação dos códigos referentes à Identificação Nacional de Equipe – INE.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm-n-3.251-de-9-de-agosto-de-2022-421843899
PORTARIA GM/MS Nº 3.258, DE 11 DE AGOSTO DE 2022	12/08/2022	Descredencia e cancela a homologação dos polos do Programa Academia da Saúde em decorrência da suspensão total ou do não atendimento aos requisitos mínimos para a transferência do incentivo de custeio federal por mais de 12 (doze) competências consecutivas.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.258-de-11-de-agosto-de-2022-421974273
PORTARIA GM/MS Nº 3.259, DE 11 DE AGOSTO DE 2022	12/08/2022	Suspende na parcela junho de 2022 a transferência de incentivos financeiros das equipes e serviços da Atenção Primária, com irregularidades no cadastro de profissionais no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.259-de-11-de-agosto-de-2022-421954089
PORTARIA GM/MS Nº 3.263, DE 11 DE AGOSTO DE 2022	12/08/2022	Suspende na parcela junho de 2022 a transferência de incentivos financeiros das equipes e serviços da Atenção Primária, com ausência de alimentação do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.263-de-11-de-agosto-de-2022-421995582
PORTARIA GM/MS Nº 3.193, DE 2 DE AGOSTO DE 2022	15/08/2022	Altera a Portaria GM/MS nº 3.353, de 2 de dezembro de 2021, que altera o Título IV da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para instituir ajuda de custo, a ser fornecida pelos municípios aderidos ao Programa Médicos pelo Brasil (PMpB) aos médicos bolsistas do referido Programa.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.193-de-2-de-agosto-de-2022-422283552

PORTARIA GM/MS Nº 3.371, DE 26 DE AGOSTO DE 2022	31/08/2022	Tornar sem efeito o cancelamento da adesão das Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde ao Programa Saúde na Hora realizado por meio da Portaria GM/MS nº 1.985, de 28 de junho de 2022.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.371-de-26-de-agosto-de-2022-425741993
PORTARIA GM/MS Nº 3.422, DE 31 DE AGOSTO DE 2022	01/09/2022	Suspende na parcela agosto de 2022 a transferência de incentivos financeiros das equipes e serviços da Atenção Primária, com irregularidades no cadastro de profissionais no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.422-de-31-de-agosto-de-2022-426202283
PORTARIA GM/MS Nº 3.547, DE 16 DE SETEMBRO DE 2022	19/09/2022	Define e homologa os códigos referentes ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) dos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) credenciados e cadastrados no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) para fins da transferência do incentivo de custeio federal, acompanhamento, monitoramento e avaliação.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.547-de-16-de-setembro-de-2022-430062999
PORTARIA GM/MS Nº 3.555, DE 16 DE SETEMBRO DE 2022	19/09/2022	Define e homologa os códigos referentes ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) dos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) credenciados e cadastrados no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) para fins da transferência do incentivo de custeio federal, acompanhamento, monitoramento e avaliação.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.555-de-16-de-setembro-de-2022-430051391

PORTARIA GM/MS Nº 3.569, DE 19 DE SETEMBRO DE 2022	20/09/2022	Suspende na parcela julho de 2022, a transferência de incentivos financeiros das equipes e serviços da Atenção Primária, com ausência de alimentação do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.569-de-19-de-setembro-de-2022-430470105
PORTARIA GM/MS Nº 3.566, DE 19 DE SETEMBRO DE 2022	20/09/2022	Suspende a transferência de incentivos financeiros referentes à Estratégia Saúde da Família, no Município de Sertânia, no Estado de Pernambuco, em virtude de irregularidades/impropriedades detectadas pela Secretária da Saúde do Estado de Pernambuco, especialmente no que tange ao descumprimento de carga horária, conforme preconiza, conforme preconiza o artigo 4º, item V, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 2 de junho de 2021.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.566-de-19-de-setembro-de-2022-430424718
PORTARIA GAB/SAPS Nº 51, DE 15 DE SETEMBRO DE 2022	20/09/2022	Prorroga o prazo para os municípios regularizarem as situações que ensejam o cancelamento da habilitação ao recebimento do incentivo financeiro de custeio adicional mensal para equipes de saúde integradas aos programas de formação profissional, no âmbito da Atenção Primária à Saúde.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gab/saps-n-51-de-15-de-setembro-de-2022-430468187
PORTARIA GM/MS Nº 3.701, DE 30 DE SETEMBRO DE 2022	04/10/2022	Torna sem efeito as homologações dos códigos referentes às Identificações Nacionais de Equipe – INE das equipes da Atenção Primária à Saúde – APS credenciadas e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES para fins da invalidação/anulação da homologação e da transferência dos incentivos de custeio federal.	https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.701-de-30-de-setembro-de-2022-433680010

<p>PORTARIA GM/MS Nº 3.705, DE 3 DE OUTUBRO DE 2022</p>	<p>04/10/2022</p>	<p>Habilita municípios e o Distrito Federal ao recebimento do incentivo financeiro para implementação das ações do Programa Saúde na Escola no segundo ano do ciclo 2021/2022 e destina recursos financeiros para os Municípios aderidos ao Programa Crescer Saudável que alcançaram as metas do Programa.</p>	<p>https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.705-de-3-de-outubro-de-2022-433731061</p>
---	-------------------	--	--

FONTE: Tabela elaborada pela pesquisadora a partir das publicações de Portarias e Notas Técnicas relacionadas ao Previnir Brasil

